



Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnr:		PLZ, Ort:
Beruf:		Arbeitgeber:
Telefon/Mobil:		Krankenkasse / Versicherung:
Rechnungsempfänger: (Name/Anschrift/Geburtsdatum)		
Name und Ort des überweisenden Arztes:		

Ich erkläre mich mit der Behandlung durch den Praxisinhaber oder dessen Mitarbeiter, sowie mit der Weitergabe bzw. Besprechung von Daten bzgl. des Behandlungsfalles an/ mit den überweisenden Arzt/ Zahnarzt einverstanden.

Ein Informationsblatt zur neuen EU-Datenschutzverordnung wurde mir ausgehändigt.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Herz-/ Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> | Herzklappenerkrankung/-ersatz | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt, Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> |
| Bypass/Stent/Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | Endokarditis-Prophylaxe | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| Immunschwäche (HIV / AIDS) | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A oder B) | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankung (Glaukom-grüner Star) | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung – Hepatitis C | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) | <input type="checkbox"/> | Einnahme von Bisphosphonaten | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zur Ohnmacht? | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Typ 1 / Typ 2) | <input type="checkbox"/> | sonstige Erkrankungen/Infektionen | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft (ja/vielleicht) | <input type="checkbox"/> |
| Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | Röntgenunterlagen (nicht älter als 6 Monate) | <input type="checkbox"/> |
| Allergien (Allergiepass ggf. bitte vorlegen) | <input type="checkbox"/> | Rauchen Sie? (wieviele pro Tag:____) | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welche _____ | | Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| | | wenn ja, in welchem Bereich: _____ | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Clopidogrel, ASS, Plavix, Xarelto, etc.) ein?
welche: _____

Hinweis für gesetzlich krankenversicherte Patienten:

Bitte denken Sie bei jedem ersten Besuch im Quartal daran, Ihre elektronische Gesundheitskarte mitzubringen. Liegt uns diese nicht vor, so müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Ihnen eine Rechnung nach GOZ / GOÄ stellen.

Hinweis für privat krankenversicherte Patienten:

Mir ist bekannt, dass ich als standardtarif-/ basistarifversicherter Privatpatient nur Anspruch auf notwendige zahnmedizinische/ ärztliche Leistungen habe, die mit den Leistungen des SGB V (so genannten Kassenleistungen) vergleichbar sind und einer Faktorbegrenzung (Faktor 1,7 - 2,0) unterliegen.

Mir ist bekannt, dass eine Erstattung des zahnärztlichen/ ärztlichen Honorars durch meine private Krankenversicherung im Rahmen des Standardtarifs/ Basistarifs nur bis zum 2,0 fachen Gebührensatz der GOZ/ GOÄ gewährleistet ist und ich die darüber hinausgehenden Kosten meiner zahnärztlichen/ ärztlichen (Mund- Kiefer-Gesichtschirurgischen) Behandlung (bis zum 3,5 fachen Gebührensatz) selbst zu tragen habe.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen:

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Datum, Unterschrift (Patient/Erziehungsberechtigter)



Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund- Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Operationen etc.) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesie möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervens (Lokalanästhesie) plaziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss):

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Nervschädigung:

Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit leider noch nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie bitte ihren Zahnarzt.

Verkehrstüchtigkeit:

Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung:

Sollten ausser dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen und Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.