

Patient: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 geb. am: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 geb. am: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Adresse: PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: privat: \_\_\_\_\_ Büro: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber : Name: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: Name: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

Ich versichere, alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet zu haben. Darüber hinaus werde ich unaufgefordert meinen Zahnarzt/ärztin bei Änderungen meines Gesundheitszustandes vor der Behandlung informieren. Alle Angaben unterliegen der strengen ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutzgesetz und werden vertraulich behandelt. Mit der Rechnungslegung wird die ärztliche Verrechnungsstelle DZR Stuttgart betraut.

Hockenheim, den \_\_\_\_\_ Unterschrift ✕ \_\_\_\_\_  
 Erneuert am: \_\_\_\_\_ Unterschrift ✕ \_\_\_\_\_  
 Erneuert am: \_\_\_\_\_ Unterschrift ✕ \_\_\_\_\_

Dem Stand der Wissenschaft entsprechend wird in dieser Praxis kein Amalgam mehr verwendet. Es kommt häufig weißes Keramik-Composit-Füllungsmaterial zur Anwendung. Die Kosten für diese Füllungen werden von der Krankenkasse nur teilweise übernommen. Die Zuzahlung durch den Patienten beträgt je nach Größe zwischen 40 - 120 €. Auf Wunsch wird vor der Behandlung ein detaillierter Kostenvoranschlag erstellt.

Hockenheim, den \_\_\_\_\_ Unterschrift ✕ \_\_\_\_\_  
 Erneuert am: \_\_\_\_\_ Unterschrift ✕ \_\_\_\_\_  
 Erneuert am: \_\_\_\_\_ Unterschrift ✕ \_\_\_\_\_

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Durch die Ausschaltung der Schmerzempfindlichkeit können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, können folgende Nebenwirkungen auftreten:  
**Hämatom (Bluterguss):** Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutung in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in seltenen Fällen auch Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt/ärztin darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.  
**Nervschädigung:** Bei der Lokalanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern auftreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach max. 12 Std. vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt/ärztin.  
**Verkehrstüchtigkeit:** Infolge der örtliche Betäubung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit kommen. Sie sollten daher nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.  
**Selbstverletzung:** Da neben den Zähnen auch die Weichteile betäubt sind, verzichten Sie bitte auf Nahrungsaufnahme oder Sport, bis die Taubheit abgeklungen ist.  
*Die Aufklärung habe ich verstanden und möchte eine zahnärztliche Lokalanästhesie bekommen*

Hockenheim, den \_\_\_\_\_ Unterschrift ✕ \_\_\_\_\_  
 Erneuert am: \_\_\_\_\_ Unterschrift ✕ \_\_\_\_\_  
 Erneuert am: \_\_\_\_\_ Unterschrift ✕ \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

**Herz-/ Kreislaufferkrankungen:**

- Hoher Blutdruck  ja  nein
- Niedriger Blutdruck  ja  nein
- Herzklappenfehler  ja  nein
- Herzklappenersatz  ja  nein
- Herzschrittmacher  ja  nein
- Endokarditis  ja  nein
- Herzoperation  ja  nein

- Hochgradige Neutropenie  ja  nein
- Mukoviszidose-Erkrankung  ja  nein
- Organtransplantiert  ja  nein
- Stammzellentransplantiert  ja  nein

- Anfallsleiden (Epilepsie)  ja  nein
- Asthma/Lungenerkrankungen  ja  nein
- Blutgerinnungsstörungen  ja  nein
- Diabetes/Zuckerkrankheit  ja  nein
- Drogenabhängigkeit  ja  nein
- Nervenerkrankung  ja  nein
- Nierenerkrankungen  ja  nein
- Ohnmachtsanfälle  ja  nein
- Osteoporoseerkrankung  ja  nein
- Raucher  ja  nein
- Rheuma/Arthritis  ja  nein
- Schilddrüsenerkrankung  ja  nein
- Sonstige Erkrankungen:  ja  nein

**Infektiöse Erkrankungen:**

- HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein
- Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)  ja  nein

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**

- Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein
- Antibiotika  ja  nein
- Schmerzmittel  ja  nein
- Metalle:  ja  nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  
Wenn ja, in welchem Monat? .....Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?  
Wenn ja, wann? .....

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? Ass 100  Marcumar  Aspirin  Xarelto

Nehmen Sie Bisphosphonate?  ja  nein seit .....

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?  ja  nein seit .....

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?  ja  nein seit .....

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?  ja  nein seit .....

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?  ja  nein Datum: .....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? ..... seit .....

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

....., den ..... Unterschrift: .....

Ich bin mit dem halbjährlichem Recall einverstanden? \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
(dazu, E-mail Adresse erforderlich!)