

Patient: Name: _____ Vorname: _____
 geb. am: _____ Beruf: _____

Versicherung: gesetzlich: privat: Zusatzversicherung:

Adresse: PLZ/ Wohnort: _____ Straße: _____

Kontakt: Telefon (privat): _____ Büro: _____
 E-Mail: _____ mobil: _____

Arbeitgeber : Name: _____ Adresse: _____

Hausarzt: Name: _____ Adresse: _____

Versicherungsnehmer: Name: _____ Vorname: _____
 geb. am: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Praxisschild Familie/Freunde
 Name: _____

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.

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 45 - 130 €.

Auf Wunsch wird vor jeder Behandlung ein detaillierter Kostenvorschlag erstellt.

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 örtlichen 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 wenden!

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-/ Kreislauferkrankungen:

- Hoher Blutdruck ja nein
- Niedriger Blutdruck ja nein
- Herzklappenfehler ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschriltmacher ja nein
- Herzoperation ja nein
- Benötigen Sie eine Endokarditis-Prophylaxe? ja nein

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

Anfallsleiden (Epilepsie)

- 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 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.

....., denUnterschrift:

Ich bin mit dem Recall-System einverstanden? Ja
 (Erinnerungsservice, damit Sie nicht den eventuellen Bonus der Krankenkasse verlieren) Nein

Halbjährlich Jährlich