



KONFIDENT

Zahnmedizin · Oralchirurgie · Implantologie

LIEBE PATIENTINNEN, LIEBE PATIENTEN,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen,
würden wir Sie bitten, das folgende Formular auszufüllen und gründlich durchzulesen.
Vielen Dank

PATIENT

HAUPTVERSICHERTER

Vorname, Nachname: _____
Geboren am: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Arbeitgeber: _____
Beruf: _____
Telefon privat, Mobil: _____
E-Mail: _____

HAUSARZT

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: _____

KRANKENVERSICHERUNG

gesetzl. versichert privat versichert Name der Versicherung: _____
 Zusatzversicherung Name der Versicherung: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

X

Datum, Unterschrift

WICHTIGE INFORMATION

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass vereinbarte Termine ausschließlich für Sie reserviert sind. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, müssen wir Sie bitten, diesen spätestens 48 Stunden vorher abzusagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den Absatz „Information“ gelesen und verstanden zu haben und erkläre mich mit dem Inhalt einverstanden.

X

Datum, Unterschrift

HATTEN ODER HABEN SIE FOLGENDE KRANKHEITEN?

- | | | | |
|--|-------------------------------|---|-------------------|
| Allergien | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Herzerkrankungen (z.B. Herzklappen, Herzinfarkt, Endokarditis) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Blutdruckveränderung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> nieder | ggf. Werte: _____ |
| Lungenerkrankung (z.B. Asthma, TBC, Bronchitis) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Typ: _____ |
| Nierenerkrankungen (z.B. Insuffizienz, Dialyse) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Lebererkrankung (z.B. Hepatitis) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Schilddrüsenerkrankung (z.B. Überfunktion) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Augenerkrankung (z.B. Glaukom) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Immunschwäche (z.B. nach Organtransplantation) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, AIDS) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Krebs / Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | ggf. wann: _____ |
| Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Gemütskrankung (z.B. Depression) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Leiden Sie an einer Krankheit, die hier nicht aufgeführt ist? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |

WEITERE GESUNDHEITSFragen

- | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Neigen Sie zu Nachblutungen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente, welche? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche Woche: _____ |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Menge: _____ |
| Leiden Sie unter Drogen- oder Alkoholsucht? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche: _____ |
| Wurden, oder werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt (Medikamente die den Knochenstoffwechsel beeinflussen)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Wurden Sie jemals einer Strahlentherapie unterzogen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Weshalb? _____ |
| Aktuelle Röntgenaufnahmen des Mund- Kieferbereiches? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | bei wem? _____ |

GRUND IHRES BESUCHES

Besondere Wünsche und Erwartungen: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

X

Datum, Unterschrift



KONFIDENT

Zahnmedizin · Oralchirurgie · Implantologie

INFORMATION ZUR ZAHNÄRZTLICHEN BETÄUBUNG

Die zahnärztliche Lokalanästhesie dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, und Kieferbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen oder Operationen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden.

Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen in sehr seltenen Fällen zu beobachten.

FOLGENDE KOMPLIKATIONEN SIND MÖGLICH:

BLUTERGUSS (= HÄMATOM)

Durch Verletzung von Blutgefäßen können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutung in einen der Kaumuskeln kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und/oder Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen oder Abszessen kommen. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

NERVENSCHÄDIGUNG

Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern entstehen. Hierdurch sind vorübergehende, sehr selten auch dauerhafte Gefühlsstörungen (z.B. Taubheit, Schmerzen oder ein Kribbelgefühl) möglich. Dies kann Areale der Zunge, Unter- oder Oberlippe (bis zu den Nasenflügeln), des Gaumens oder der Zähne bzw. des Zahnfleisches betreffen. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht.

VERKEHRSTÜCHTIGKEIT

Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist teilweise auf das Medikament (Lokalanästhetikum), aber auch auf die Verfassung des Patienten (Stress, Angst vor der Behandlung) zurückzuführen. Wir empfehlen, nach einer Behandlung mit örtlicher Betäubung nicht aktiv am Straßenverkehr teilzunehmen.

SELBSTVERLETZUNG

Durch lokale Betäubung sind außer dem zu behandelnden Zahn oder Kieferbereich meist auch die umgebenden Weichteile (Zunge, Wangen, Lippe) mit betäubt. Bitte verzichten Sie, solange Sie das Taubheitsgefühl verspüren, auf Nahrungsaufnahme. Es besteht die Gefahr der Selbstverletzung durch Bissverletzungen, Verbrennungen oder Erfrierungen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, diese „Information“ gelesen und verstanden zu haben und erkläre mich mit dem Inhalt einverstanden.

X

Datum, Unterschrift