

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren
Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Das Praxisteam bittet
Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw.
zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.
Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?*

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Telefonnr.: _____

Hausarzt: _____ ggf. Facharzt: _____ Handynr.: _____

Pflegestufe (falls vorhanden bitte ankreuzen): **0 0 0 1 0 2 0 3 0 4**

Herz/Kreislauf:

- Herzfehler
 - Angina pectoris
 - Herzinfarkt
 - Herzmuskelentzündung
 - Herzklappenentzündung
 - Künstliche Herzklappe
 - Herzschrittmacher
 - Hoher Blutdruck
 - Niedriger Blutdruck
 - Herzschwäche
 - Rhythmusstörungen
- oder: _____

Gefäße:

- Schlaganfall
 - Durchblutungsstörungen
 - Thrombosen
- oder: _____

Atemwege/Lunge:

- Asthma
 - Lungenentzündung
 - Tuberkulose
 - Chronische Bronchitis
 - Schlafapnoe
 - Schnarchen Sie?
- oder: _____

Nieren:

- Dialysepflicht
 - Nierenentzündung
 - Nierensteine
- oder: _____

Magen, Darm:

- Geschwür
 - Engstelle
 - Refluxkrankheit
- oder: _____

Leber :

- Gelbsucht
 - Gallensteine
 - Hepatitis A B C
- oder: _____

Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit:
- Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Schilddrüsenunterfunktion
 - Schilddrüsenüberfunktion
- oder: _____

Skelettsystem:

- Rückenbeschwerden
 - Bandscheibenbeschwerden
 - Muskelschwäche
 - Fibromyalgie
- oder: _____

Augen:

- Grüner Star
 - Grauer Star
 - starke Einschränkung der Sehkraft
 - Blindheit
- oder: _____

Blut:

- Gerinnungsstörung
 - auch bei Blutsverwandten
 - blaue Flecken nach nur leichter Berührung
 - Nachbluten nach Operation
- oder: _____

Allergien und/oder

Überempfindlichkeit gegen:

- Heuschnupfen Jod
 - Nahrungsmittel Fructose
 - Medikamente _____
 - Pflaster
 - Latex z.B. Gummihandschuhe
- oder: _____

Sind Sie schwanger?

- Ja, welche SSW? _____

Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison
 - Zustand n. Organtranspl.
 - AIDS/HIV
- oder: _____

Knochen:

Osteoporose

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit **Bisphosphonaten** behandelt? Wegen welcher Erkrankung? _____
Wann? Welches Präparat? _____

Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

Andere Erkrankungen oder Behinderungen?

Rauchen Sie?
Wie viel durchschnittlich? _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?

Gerinnungshemmende Medikamente:

Dauerhaft oder in den letzten Tagen. Zum Beispiel :

- ASS Marcumar Aspirin
- Ticlopidin Plavix /Clopidogrel
- Pradaxa Xarelto Eliquis
- Aggrenox Eifent

Regelmäßige Medikamente:

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel

„Antibabypille“

- Psychopharmaka
 - Antidiabetika
- oder: _____

Ich versichere, dass Ich alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Bitte wenden >>>

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung ? JA

Hinweis für unsere **privatversicherten Patienten**: Sind Sie **Beihilfeberechtigt** ? JA

Sind Sie **Basistarifversichert** ? JA

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 (wie z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intraaligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. 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 Kaumuskel 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.

Nervenschädigung:

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 nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie 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, Wange, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Einverständnis zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Bitte nach Ihrem Belieben ankreuzen

Ich möchte **immer** mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
 Ich möchte **nur** bei sehr **schmerzhaften Maßnahmen** mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
 Ich möchte **nie** mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Datum

Unterschrift

Ich erkläre mich einverstanden Erinnerungen für Kontrolluntersuchungen zu erhalten.

Datum

Unterschrift