

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

für eine risikofreie Behandlung ist eine gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Patient:**

_____	_____	_____	_____
Name	Vorname	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
_____	_____	_____	_____
Geburtsdatum	Geburtsname	Telefon	Handy

**Versicherter:**

_____	_____	_____	_____
Name	Vorname	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
_____	_____	_____	_____
Geburtsdatum	Geburtsname	Telefon	Handy

**Versichertenstatus:**

Kasse     Privat

_____	_____
Beruf	Arbeitgeber

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

\_\_\_\_\_

**Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?**

\_\_\_\_\_

**Nahmen Sie im Laufe des letzten Jahres oder nehmen Sie derzeit noch Medikamente ein?**

- (ja) (nein) Gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, Heparin, Plavix, Xarelto), welches? \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Bisphosphonate? wenn ja, in welchem Zeitraum: \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Kortisonpräparate \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Insulin \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) andere Medikamente: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Allergien?**

- (ja) (nein) Lokalanästhetika \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Schmerzmittel, wenn ja welche? \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Antibiotika, wenn ja welche? \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Latex \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Nickel \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) andere: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Blutkrankheiten?**

(ja) (nein) \_\_\_\_\_

**Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten bzw. Operationen?**

- (ja) (nein) Endokarditis/ Herzmuskelentzündung \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Diabetes \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Blutgerinnungsstörung, wenn ja welche ? \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Asthma \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) HIV/ AIDS \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) MRSA Krankenhauskeim oder Kreuzfeld Jacob Krankheit \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Hepatitis, wenn ja welche ? \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Tuberkulose \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Lungenerkrankungen \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Schilddrüsenerkrankung \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Depressionen    (ja) (nein) nehmen Sie Medikamente, welche? \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Rheuma \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Epilepsie \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Grauer/ Grüner Star \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Nierenfunktionsstörungen    (ja) (nein) Dialysepflicht \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Implantate oder künstliche Gelenke, wenn ja welche und seit wann? \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Andere? \_\_\_\_\_

**Bitte wenden und die Rückseite vollständig ausfüllen. Vielen Dank :)**

### Allgemeine Angaben:

- (ja) (nein) Drogenkonsum, wenn ja welche? \_\_\_\_\_  
(ja) (nein) Alkoholgenuss?  selten  regelmäßig  
(ja) (nein) Rauchen?  0-10 Zig. pro Tag  über 10 Zig. pro Tag  
(ja) (nein) Schwangerschaft? wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

### Leiden Sie an Herz- oder Kreislaufbeschwerden?

- (ja) (nein) Hoher Blutdruck (Hypertonie)  
(ja) (nein) Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  
(ja) (nein) Herzklappenerkrankung oder -defekt  
(ja) (nein) Herzerkrankung  
(ja) (nein) Herzoperation, wenn ja, wann: \_\_\_\_\_  
(ja) (nein) Herzschrittmacher  
(ja) (nein) künstliche Herzklappe

### Möchten Sie an Ihren Kontrolltermin (Recall) erinnert werden?

- (ja) (nein) Wenn gewünscht, bitte e-mail angeben: \_\_\_\_\_

### Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

**Vor jedem Behandlungsbeginn wird individuell entschieden, ob eine zahnärztliche Lokalanästhesie notwendig ist.**

Die zahnärztliche Lokalanästhesie dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung. Durch Sie können notwendige Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus versorgt. Um diesen zu betäuben, wird Lokalanästhetikum möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Knochen (intraaligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervs (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, kann es zu Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen kommen.

### Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

#### Hämatom (Bluterguss):

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

#### Nervenschädigung:

Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehend bzw. dauerhafte Störungen 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 12 Stunden völlig abgeklungen sein, informieren Sie uns bitte.

#### Selbstverletzung:

Sollte außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (Lippe, Zunge, Wange) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange der Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

### Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen:

Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Dies 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 nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. **Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.**

### Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen.

Ingelheim, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_

**Vielen Dank**  
**Ihr Praxisteam**