



Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Telefon

Privat: _____ Geschäftlich: _____ Mobil: _____

Email: _____ Beruf: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist der/die Versicherte?

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Rechnungsempfänger

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, wo? Ja Nein

Allgemeingesundheitliche Fragen

Bestehen gesundheitliche Risiken? wenn ja, welche? Ja Nein

Besitzen Sie einen Allergiepaß? Ja Nein

Reagieren Sie überempfindlich/allergisch auf bestimmte Stoffe?
Wenn ja, auf welche? Ja Nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein?
Wenn ja, welche? Ja Nein

Leiden Sie an Bluthochdruck? Ja Nein

Haben Sie eine Herzerkrankung und besitzen Sie einen Herzpaß? Ja Nein

Muß eine Endokarditisprophylaxe durchgeführt werden? Ja Nein



- Sind Sie HIV-positiv? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie Hepatitis B/C? Ja Nein
- Haben Sie Diabetes? Ja Nein
- Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? Ja Nein
- Haben Sie eine Magen-, Darm- oder Nierenerkrankung? Ja Nein
- Haben Sie grünen Star? Ja Nein
- Haben Sie Asthma? Ja Nein
- Sind Sie schwanger?
Wenn ja, in der _____ Woche Ja Nein
- Haben Sie Osteoporose und/oder wurden Sie jemals mit
Bisphosphonaten behandelt? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung? Ja Nein
- Haben Sie künstliche Gelenke? Ja Nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? Ja Nein
-

Mein Hausarzt ist

Name: _____ Telefon: _____

Außerdem bin ich beim Facharzt für _____ in Behandlung.

Name: _____ Telefon: _____

Zahnärztliche Fragen

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?

Ja Nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?

Ja Nein

Haben Sie Geräusche und/oder Schmerzen im Kiefergelenk?

Ja Nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Sind Sie daran interessiert, an unserem Erinnerungssystem
(Recall) teilzunehmen?

Ja Nein

Einverständniserklärung

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Niedernhausen, den _____

Unterschrift _____

HINWEIS

Sollten Sie eine Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte bis spätestens 24 Stunden vorher ab. Bei wiederholter unentschuldigter Terminveräumnis sehen wir uns gezwungen, unseren Arbeitsausfall mit 65,- € zu berechnen.

Mein Hausarzt ist:

Außerdem bin ich beim Facharzt für

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

..... in Behandlung.

Name

Straße

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

..... in Behandlung.

Name

Straße

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Datum

Unterschrift

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 Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intraalveoläre 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 Kaumuskeln 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, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

- Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- 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.
- Ich möchte nach dem Eingriff individuell entscheiden, ob ich eine Behandlung zur schnelleren Aufhebung des Taubheitsgefühls nach der örtlichen Betäubung erhalte, wenn die zahnmedizinische Maßnahme dies zulässt und eine Risikoauflklärung durch den Zahnarzt erfolgt ist.

Vom Arzt auszufüllen

Insbesondere wurden folgende Punkte besprochen:

Datum

Unterschrift