

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name/Vorname ..... Geburtsdatum .....

Telefon (privat) ..... Telefon (mobil) .....

E-mail ..... Beruf .....

gesetzlich versichert  ja  nein      privat versichert  ja  nein      Zusatzversicherung  ja  nein

Bei Behandlung von Kindern: Wer ist erziehungsberechtigt?       Beide     Mutter     Vater

Wer ist Ihr Hausarzt .....

## MEDIZINISCHE ANAMNESE

### Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzerkrankung/Herzschrittmacher  ja  nein
- Kreislauferkrankung  ja  nein
- Erkrankung des Magen-Darm-Traktes  ja  nein
- Gelenkerkrankungen (Rheuma)  ja  nein
- Wirbelsäulenerkrankung  ja  nein
- Schmerzen im Kiefergelenk  ja  nein
- hohen Blutdruck  ja  nein
- Diabetes  ja  nein
- Epilepsie  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- Osteoporose  ja  nein
- HIV (Aids)  ja  nein
- Hepatitis  ja  nein

Wenn ja, welcher Typ?       A     B     C

• Allergien  ja  nein

Wenn ja, wogegen?

• Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?  ja  nein

Wenn ja, gegen welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche

Für unsere Patientinnen – sind Sie schwanger?  ja  nein

## KOMPLIKATIONEN DER ÖRTLICHEN BETÄUBUNG

Bei der zahnärztlichen Lokalanästhesie kann es zu folgenden Komplikationen kommen:

- Verletzungen von Gefäßen, Nerven und Schleimhaut durch die Kanüle
- Kanülenbruch
- Verschlucken oder Aspirieren (Einatmen) der Kanüle
- Nebenwirkungen des Anästhetikums (brennender Schmerz oder Schleimhautirritationen), örtliche Infektionen
- Überempfindlichkeitsreaktion/Allergien (Ausschlag, Schwellungen, Schwindelgefühl, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Anaphylaktischer Schock)
- Zeitlich begrenzte Sensibilitätsstörung

## HINWEISE ZUR VERKEHRSTÜCHTIGKEIT

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung /Anästhesie unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann.

## KOSTENHINWEIS

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der GOZ.

## HINWEISE ZUR TERMINVEREINBARUNG

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

## KENNTNISNAHME UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

.....  
Datum

.....  
Unterschrift (bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)