

Nachname	Vorname	
Geburtsort	Geburtsdatum	
Nachname des Versicherten	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Anschrift		
Telefonnummer	Beruf des Versicherten	Zahnzusatzversicherung / Beihilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitgeber des Versicherten		
Krankenkasse		Wunsch über Bericht- erstattung an Hauszahnarzt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Überweisender Zahnarzt	Hausarzt	

Zur Verhütung von Komplikationen bitten wir um folgende Angaben (Zutreffendes bitte ankreuzen):

<p>Herz-/Kreislaufkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> hoher Blutdruck</p> <p><input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck</p> <p><input type="checkbox"/> Herzklappenfehler</p> <p><input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe</p> <p><input type="checkbox"/> Herzinfarkt</p> <p><input type="checkbox"/> Herzschrittmacher</p> <p><input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz</p>	<p>Infektiöse Erkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberkulose</p> <p><input type="checkbox"/> HIV-positiv</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige _____</p>	<p>Allergien bzw. Unverträglichkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Lokalanästhesie</p> <p><input type="checkbox"/> Antibiotika (z.B. Penicillin)</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzmittel (z.B. Ibuprofen)</p> <p><input type="checkbox"/> Metalle (z.B. Nickel)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige _____</p>
<p><input type="checkbox"/> Regelmäßige Medikamenteneinnahme (z.B. Herzkreislauf, Markumar, Aspirin, Xarelto, Eliquis) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Chronische Erkrankungen (z.B. Rheuma, Niereninsuffizienz, Dialysepflicht) _____</p>		
<p><input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)</p> <p><input type="checkbox"/> Angstpatient</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma/Lungenerkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes/Zuckerkrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit</p>	<p><input type="checkbox"/> Leberkrankheiten</p> <p><input type="checkbox"/> Magen-Darm-Geschwüre</p> <p><input type="checkbox"/> Nierenerkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporose</p> <p><input type="checkbox"/> Schilddrüsenunter-/überfunktion</p>	<p><input type="checkbox"/> Schlaganfall/Lähmungen</p> <p><input type="checkbox"/> Schwangerschaft</p> <p><input type="checkbox"/> Bestrahlung</p> <p><input type="checkbox"/> Chemotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige Besonderheiten _____</p>

Sind Sie an einer Zahnaufhellung (Bleaching) interessiert? ja nein

Korbach, den _____
 Ort, Datum, Unterschrift

Bitte wenden

Nehmen Sie aktuell **Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen (Bisphosphonate)**, z. B. bei Osteoporose oder im Rahmen einer Tumorerkrankung (z. B. Multiples Myelom, Plasmozytom, Mammakarzinom, Prostatakarzinom), bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen? ja nein

Wenn ja: Welche?

Oral (Tabletten z. B. Fosamax, Actonel, Didronel, Bonviva, Skelidid, Bonefos, o. a.) Oder Infusion (Spritzentherapie z. B. Zometa, Aredia, Bondronat, o. a.)

Zuletzt am: _____

Nehmen Sie zur Zeit **Denosumab** (z. B. Prolia, XGEVA), bzw. haben Sie diese Medikamente in der Vergangenheit eingenommen? ja nein

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 der 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 uns 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 uns bitte darüber.

Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist auf das Medikament, den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung 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 dies jeweils individuell entscheiden.

Ausfallzeiten

Bei Terminänderungen Ihrerseits bitten wir um rechtzeitige Information, mindestens 24 Stunden vorher. Da unsere Praxis als Bestellpraxis organisiert ist, müssen versäumte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden (rechtliche Grundlage § 615 Satz 1 und § 296 BGB).

Korbach, den _____

Ort, Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.

Sollten Sie Fragen, Kritik, Verbesserungsvorschläge oder Lob für uns haben, wenden Sie sich bitte gerne an uns.

Ihr Praxis-Team Wilke