

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?

Ja

- Herz/Kreislauf:**
- Herzfehler
 - Angina pectoris
 - Herzinfarkt
 - Herzmuskelentzündung
 - Herzklappenentzündung
 - Künstliche Herzklappe
 - Herzschrittmacher
 - Hoher Blutdruck
 - Niedriger Blutdruck
 - Rhythmusstörungen
 - Herzschwäche

oder _____

- Gefäße:**
- Schlaganfall
 - Durchblutungsstörungen
 - Krampfadern
 - Thrombosen

oder _____

- Atemwege/Lunge:**
- Asthma
 - Lungenentzündung
 - Tuberkulose
 - Chronische Bronchitis
 - Lungenblähung
 - Schlafapnoe
 - Schnarchen Sie?

oder _____

- Leber:**
- Gelbsucht
 - Leberverhärtung
 - Fettleber
 - Gallensteine
 - Hepatitis A B C

oder _____

- Nieren:**
- Dialysepflichtigkeit
 - Nierenentzündung
 - Nierensteine

oder _____

- Magen, Darm:**
- Geschwür
 - Engstelle
 - Verdauungsstörungen
 - Sodbrennen
 - Refluxkrankheit

oder _____

- Stoffwechsel:**
- Zuckerkrankheit:
 - Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Schilddrüsenunterfunktion
 - Schilddrüsenüberfunktion
 - Kropf

oder _____

- Skelettsystem:**
- Gelenkerkrankungen
 - Rückenbeschwerden
 - Bandscheibenbeschwerden
 - Muskelschwäche
 - Muskelerkrankungen
 - Fibromyalgie

oder _____

- Nerven/Gemüt:**
- Krampfanfälle (Epilepsie)
 - Lähmungen
 - Depressionen
 - Angstzustände

oder _____

- Augen:**
- Grüner Star
 - Grauer Star
 - Starke Einschränkung der Sehkraft
 - Blindheit

oder _____

- Blut:**
- Gerinnungsstörungen
 - auch bei Blutsverwandten
 - häufiges Nasenbluten
 - blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
 - Nachbluten nach Operationen

oder _____

- Allergie oder/und Überempfindlichkeit gegen:**
- Heuschnupfen
 - Nahrungsmittel
 - Fruchtzucker
 - Medikamente
 - Jod
 - Pflaster
 - Latex
 - z.B. Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe

oder _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

- Sind Sie schwanger?**
Welche Schwangerschaftswoche ?

- Immunschwäche:**
- Einnahme von Cortison
 - Zustand nach Organtransplantation
 - AIDS

oder _____

- Knochen:**
- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt? Wegen welcher Erkrankung?

Wann? Mit welchem Präparat?

- Andere Erkrankungen oder Behinderungen?**

- Rauchen Sie?**
Wie viel durchschnittlich?

- Trinken Sie Alkohol?**
- Gelegentlich
 - Regelmäßig, wie viel?

- Gerinnungshemmende Medikamente:**
Dauerhaft oder in den letzten Tagen zum Beispiel:
- Aspirin® ASS Marcumar®
 - Ticlopidin Plavix®/Clopidogrel
 - Pradaxa® Xarelto® Eliquis®
 - Aggrenox® Efigent®

oder _____

- Regelmäßige Medikamente:**
- Blutdruckmedikamente
 - Herzmedikamente
 - Schmerzmittel
 - „Antibabypille“
 - Psychopharmaka
 - Antidiabetika

oder _____

Ich versichere, alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht zu haben.

Name

Geburtsort

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 (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste der 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. Dies ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf 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. Wangen, Zunge, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen oder 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 jeweils individuell entscheiden.

Datum, Unterschrift

Vom Arzt auszufüllen

Insbesondere wurden folgende Punkte angesprochen: _____

Einwilligung zum Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass ich zum Zwecke der Terminabstimmung (Recall) schriftlich, telefonisch oder ggf. per E-Mail kontaktiert werden darf.

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO)

Datum, Unterschrift