



Persönliche Angaben

Kontaktdaten Patient

Name _____ Vorname _____

Geburtstag _____ Geburtsort _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil* _____

E-Mail* _____

Beruf* _____ Arbeitgeber* _____

Kontaktdaten des Hauptversicherten

Name _____ Vorname _____

Geburtstag _____ Geburtsort _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil* _____

E-Mail* _____

Beruf* _____ Arbeitgeber* _____

Versicherung

 Gesetzlich Privat Name der Versicherung _____

 Beihilfeberechtigt

 Zusatzversicherung* Name der Zusatzversicherung* _____

 Pflegegrad (§15 SGB XI) **Wenn ja, welcher?** 1 2 3 4 5
 Eingliederungshilfe (§53 SGB XII)

Hausarzt

Name & Anschrift _____



Allgemeine Gesundheitsfragen

Herz-Erkrankungen

- Herzinsuffizienz JA NEIN
- Herzinfarkt JA NEIN
- Wenn ja, wann? _____
- Herzschrittmacher JA NEIN
- Herzklappenersatz JA NEIN
- Stent/Bypass JA NEIN
- Sonstiges _____

Kreislauf-Erkrankungen

- Niedriger Blutdruck JA NEIN
- Hoher Blutdruck JA NEIN
- Sonstiges _____

Gefäße

- Schlaganfall JA NEIN
- Wenn ja, wann? _____
- Thrombosen JA NEIN

Wenn ja, wann und wo?

Blut

- Erkrankungen des Blutes JA NEIN
- Blutgerinnungsstörung JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Atemwege/Lunge

- Asthma JA NEIN
- COPD JA NEIN
- Sonstiges _____

Infektionserkrankungen

- Hepatitis A/B/C JA NEIN
- Tuberkulose JA NEIN
- HIV-positiv JA NEIN
- MRSA JA NEIN
- Sonstiges _____

Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes mellitus JA NEIN
- Schilddrüsenerkrankungen JA NEIN
- Nierenerkrankungen JA NEIN
- Dialyse JA NEIN
- Magen-Darm-Erkrankungen JA NEIN
- Lebererkrankungen JA NEIN
- Sonstiges _____

Erkrankungen des Nervensystems

- Epilepsie JA NEIN
- Multiple Sklerose JA NEIN
- Depression JA NEIN
- Demenz JA NEIN
- Sonstiges _____

Skelettsystem/Knochen

- Osteoporose JA NEIN
- Rheuma JA NEIN
- Arthrose JA NEIN
- Künstliche Hüft-/
Knieprothese JA NEIN
- Sonstiges _____



Allgemeine Gesundheitsfragen

Krebserkrankung

Leiden oder litten Sie unter einer
Krebserkrankung? JA NEIN

Wenn ja, an welcher?

Wann?

Wie werden/wurden Sie behandelt?

- OP
- Strahlentherapie
- Chemotherapie

Immunsuppression

Organtransplantation JA NEIN

Stammzellen-
transplantation JA NEIN

Einnahme von Steroiden/
Immunsuppressiva JA NEIN

Sonstiges _____

Allergien

Allergien/
Unverträglichkeiten JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Allergiepass JA NEIN

Weitere Erkrankungen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen,
die nicht aufgeführt sind? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Medikamente

Gerinnungshemmende Medikamente
(Blutverdünner)

Aspirin/ASS100 JA NEIN

Marcumar JA NEIN

Plavix/Clopidogrel JA NEIN

Eliquis/Xarelto/Lixiana JA NEIN

Medikamente bei Osteoporose
und Tumorerkrankungen

Bisphosphonate
(z.B. Alendronsäure, Zometa, Prolia) JA NEIN

Sonstiges _____

Welche sonstigen Medikamente nehmen
Sie regelmäßig oder aktuell ein?

Für Patientinnen

Besteht eine
Schwangerschaft? JA NEIN

Wenn ja, welche Woche? _____

Stillen Sie? JA NEIN

Röntgen

Liegen aktuelle Röntgenaufnahmen von
Zähnen und/oder Kopf vor? JA NEIN

Wenn ja, von wann? _____

Ersteller _____

Suchtmittel

Rauchen Sie? JA NEIN

Wenn ja,
wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Besteht eine
Suchterkrankung? JA NEIN



Zahnärztliche Gesundheitsfragen

Haben Sie aktuelle
Zahnschmerzen? JA NEIN

Wann erfolgte der
letzte Zahnarztbesuch?

Leiden Sie unter
**Zahnfleischbluten/
Zahnfleischentzündung?** JA NEIN

Sind Ihre Zähne
gelockert? JA NEIN

Haben Sie **Geräusche
oder Schmerzen** im
Kiefergelenk? JA NEIN

Haben Sie **Kopf- oder
Nackenschmerzen?** JA NEIN

Haben Sie **Angst**
vor zahnärztlichen
Behandlungen? JA NEIN

Sind Ihnen
**ästhetisch schöne
Zähne** wichtig? JA NEIN

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? * _____

Recall-Service

Ich möchte an die nächste Vorsorgeuntersuchung sowie
medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden.

Per SMS Mail Telefon

Terminvereinbarungen

Um Wartezeiten vorzubeugen, haben wir Termine exklusiv für Sie reserviert.
Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte,
sofern möglich, **mindestens 24 Stunden vorher**.



Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

- Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Terminen und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Die Daten können unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (Krankenkasse, mitbehandelnde Zahnärzte, andere Einrichtungen des Gesundheitswesens oder medizinische Dienstleister) übermittelt werden.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). 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).

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 Hirnnerv) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesie möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie) in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (Intraligamentäre 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 umliegende Gewebe eintreten. Bei Blutungen in einem 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, Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Hier gibt es derzeit keine spezielle Therapie. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht maximal nach 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 umgehenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Grundsätzlich bin ich mit einer Anästhesie einverstanden, sofern es der behandelnde Arzt anrät.

JA NEIN

Erklärung

Ich habe den Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift *

* Bei minderjährigen Patienten, bitte die/der Erziehungsberechtigte. Die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten bestätigt mit der alleinigen Unterschrift auch für den nicht anwesenden Elternteil.