

# Anmeldung

Liebe Patientin, lieber Patient,  
vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akuten Schmerzen)

in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie mit uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens zehn Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

## Patient/-in

Herr | Frau | Kind

Name		Vorname	geb.
------	--	---------	------

## Anschrift

Straße   Hausnr.		E-Mail	Geburtsort
Postleitzahl   Ort		Telefon oder Mobil	

## Mitglied | ggf. abweichende/-r Zahlungspflichtige/-r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

## Anschrift

Name		Vorname	geb.
Straße   Hausnr.		E-Mail	
Postleitzahl   Ort		Telefon oder Mobil	

## Name des Kostenträgers

(Krankenkasse oder Versicherung)

<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin privatversichert	<input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt
<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif Versicherte/-r	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert
<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif Versicherte/-r	<input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)
<input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert		

## Beruf des Mitgliedes

<input type="checkbox"/> Schüler/-in   Student/-in	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber
--	--------------------------------------

# Ausfallvereinbarung

Zwischen der als Bestellpraxis geführten Zahnarztpraxis und

Herrn | Frau

Name		Vorname	geb.
------	--	---------	------

## Wird nachfolgend aufgeführte Vereinbarung getroffen:

Der/die Patient/-in wird darauf hingewiesen, dass die Praxis als Bestellpraxis mit Wartelisten und Terminvergaben arbeitet und zur Behandlung der Zahnarzt zur Verfügung des/der Patient/-in steht. Bei Absagen, die nicht spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Behandlungstermin erfolgen, ist es nicht möglich, einen anderen Patienten zu behandeln.

Der/die Patient/-in verpflichtet sich daher, Termine, die sie/er aus von ihm zu vertretenden Gründen nicht wahrnehmen kann, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Unterbleibt die rechtzeitige Absage, verpflichtet sich der/die Patient/-in, für den ausfallenden Termin als Schadenersatz eine Ausfallpauschale der tatsächlich entstandenen Kosten gemäß §§ 611, 615 BGB zu zahlen.

Der/die Patient/-in wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Ausfallhonorar nicht von der gesetzlichen und/oder privaten Krankenversicherung übernommen wird und er dieses selbst zahlen muss.

Datum

Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r

Unterschrift Praxis

# Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,  
Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

**Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.**

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Herzkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-Infektion / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star / Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor / Karzinom / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen / Nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A / B / C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
TBC / Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ihr Hausarzt:

Name	Telefon

b) Bestehen Allergien?  ja  nein      Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergie-Pass?  ja  nein     

c) Herzinfarkt  ja  nein

Schlaganfall  ja  nein

Lähmungen  ja  nein

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?  ja  nein      Wenn ja, welche?

d) Blutdruck  niedrig  normal  hoch

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein      Wenn ja, welche?

4. Rauchen Sie?  ja  nein      5. Schnarchen Sie?  ja  nein

6. Bestehen Suchtkrankheiten?  ja  nein      Wenn ja, welche?

7. Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  ungewiss      Ggf. wievielte Woche?

8. Haben Sie aktuell Zahnschmerzen oder Schmerzen im Mund- oder Kieferbereich?  ja  nein

9. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?  ja  nein      Unfalldatum

Art d. Verletzung

10. Sonstige Erkrankungen / Angaben

11. Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt?

12. Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 15 SGB V vor?  ja  nein      Wenn ja, welcher Schweregrad?

13. Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  ja  nein      **Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

14. Haben Sie einen Röntgenpass?  ja  nein      Wünschen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil)

15. Haben Sie ein Bonusheft?  ja  nein

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Liebe Patientin, lieber Patient,

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der Ausschaltung des Schmerzempfindens im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Durch die örtliche Betäubung können zahnärztliche Behandlungen in aller Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Die Zahn-, Mund- und Kieferregion wird überwiegend durch den Nervus trigeminus (einer der Hirnnerven) versorgt. Um diesen Nerv zu betäuben, wird das Lokalanästhetikum mög-

lichst nahe an kleine Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat (intraligamentäre Anästhesie) oder in der Nähe eines der drei Hauptäste des Nervus trigeminus (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die örtliche Betäubung ein sicheres Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht absolut vermeidbar.

## Folgende Komplikationen können auftreten:

### **Bluterguss / Schwellung:**

Durch Verletzung kleinerer Blutgefäße können Einblutungen in das umgebende Gewebe auftreten. Bei einer Einblutung in die Kaumuskulatur kann es zu einer Einschränkung der Mundöffnung und leichten Schmerzen kommen, in ganz seltenen Fällen später auch zu Infektionen.

### **Nervschädigung:**

Bei der Leitungsanästhesie kann es in sehr seltenen Fällen zu einer Schädigung von Nervenfasern kommen. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem örtliche Betäubungen (Leitungsanästhesie) im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- und Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Behandlung dieser Schädigung gibt es nicht. Die Möglichkeit einer spontanen Heilung muss abgewartet werden.

### **Verkehrsuntüchtigkeit:**

Durch die örtliche Betäubung und die zahnärztliche Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Ursache dafür sind in erster Linie nicht die verwendeten Medikamente, sondern Stress und Angstgefühle im Zusammenhang mit der Behandlung sowie Beschwerden im Bereich des Eingriffes. Sie sollten daher nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

### **Herz-Kreislaufprobleme:**

Durch Zusatz von Adrenalin kann die Wirkungsdauer des Lokalanästhetikums verlängert werden. Dabei können Reaktionen wie Blutdruckanstieg und Erhöhung der Herzfrequenz bis zur Ohnmacht/Kreislaufkollaps auftreten. Bitte informieren Sie uns im Vorfeld über bestehende Herz-Kreislaufferkrankungen.

### **Selbstverletzung:**

Falls außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Gewebe (z.B. Zunge, Lippen, Wangen) betäubt sind, verzichten Sie bitte, solange die Betäubung wirkt, auf die Nahrungsaufnahme und auf Tabakkonsum (Rauchen). Neben Bissverletzungen sind auch Erfrierungen und Verbrennungen möglich.

### **Zahnfleischnekrose:**

Durch Minderdurchblutung an der Einstichstelle kann es zur dauerhaften freiliegenden Wurzel-/Knochenoberfläche und daraus resultierenden Überempfindlichkeiten kommen.

### **Allergische Reaktion / Anaphylaktischer Schock:**

Die Anaphylaxie ist eine akute, potenziell lebensbedrohliche allergische Reaktion, die bei bereits sensibilisierten Personen auftritt, wenn sie erneut mit dem auslösenden Antigen in Berührung kommen. Die Symptome können sich als Atemgeräusch, Luftnot und Blutdruckabfall äußern.

Ob Sie eine örtliche Betäubung vor oder während einer Behandlung wünschen, entscheiden Sie jeweils im Gespräch vor der stattfindenden Behandlung. Informieren Sie uns bitte, falls Sie entsprechende Anzeichen der oben genannten Komplikationen bemerken, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Aufklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie verstanden habe.