

Dokument gedruckt am:

Persönliche Angaben

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Vor- & Zuname:

Geburtsdatum & Geburtsort

Anschrift (privat):

Telefon (privat):

Beruf:

Handy:

geschäftliche Anschrift / Arbeitgeber

Telefon, geschäftlich:

Email Adresse:

Bitte halten Sie Ihre Email- und Hausadresse bei uns aktuell, damit wir Ihre gewählten Service-Wünsche zuverlässig erfüllen können.

Erinnerung 1/2-jährliche Kontrolle
«- Email oder Postbrief -»

Erinnerung an die Zahnreinigung
«- Email oder Postbrief -»

Rechnungen an Sie ggf. Vertreter
«- Email oder Postbrief -»

Krankenkasse

Sind Sie selbst krankenversichert? Bitte geben Sie an, wer Versicherungsmitglied ist und ggf. auch Ihre Rechnungen erhalten darf.

Name der Krankenkasse:

Vor- & Zuname des Versicherten:

Geburtsdatum des Versicherten:

von oben abweichende (Rechnungs-) Adresse des Versicherten:

«- Ja gesetzlich Versich. Nein -»

«- Ja beihilfeberechtigt Nein -»

«- Private Vers. *Basistarif*

«- Private Versicherung

Gesundheit Interesse an

Was ist Ihnen besonders wichtig bei Ihrer zahnärztlichen Betreuung?

«- Ja Bioverträglichkeit Nein -»

«- Ja Füllung metallfrei Nein -»

«- Ja Naturheilkunde Nein -»

«- Ja Kaufunktion/Halt Nein -»

«- Ja Implantatlösung Nein -»

«- Ja Bakterien-Test Nein -»

Ästhetik Interesse an

«- Ja hellere Zahnfarbe Nein -»

«- Ja Zahnabstände ok Nein -»

«- Ja Füllungsfarbe gut Nein -»

«- Ja Zahnersatz schön Nein -»

«- Ja Zahnstellung gut Nein -»

«- Ja gutes Zahnfleisch Nein -»

Nordseepraxis weil

... selbstverständlich eine rein freiwillige Auskunft.

Persönliche Empfehlung von:

Internet- oder Printmedium:

Sonstiges:

Risikoanamnese

Infektionserkrankungen

<<- Ja HIV, TBC, Hepatitis (A,B,C...) o.ä. Nein ->>

Chronische Erkrankungen

<<- Ja Rheuma, MS, Krebs, Epilepsie etc. Nein ->>

Hormonelle Erkrankungen

<<- Ja Diabetes, Schilddrüse etc. Nein ->>

Antibiotikaprophylaxe nötig, wegen;

Herzklappendefekt, Herz-Op., Hüft- & Knieprothesen, bzw.: _____

Bestand oder besteht

<<- Ja Drogen/Arzneimittelabhängigkeit Nein ->>

<<- Ja Alkoholunverträglichkeit Nein ->>

<<- Ja Herz-/Kreislaufkrankungen Nein ->>

<<- Ja Blutgerinnungsstörung Nein ->>

Medikamente

Diese Angaben sind notwendig, damit Infektionen oder unnötige Komplikationen vermieden werden können.

<<- Ja blutverdünnende Medikament, wie; Marcumar, ASS (Aspirin), Xarelto, Plavix... *bitte zutreffendes unterstreichen* Nein ->>

<<- Ja Bisphosphonate wie Alendronsäure, Clo-, Eti-, Iban-, Pami-, Rise-, Tilu- oder Zoledronat Nein ->>

<<- Ja Arzneimittelsensibilitäten und Allergien: _____ Nein ->>

<<- Ja Medikamenteneinnahme, welche? _____ Nein ->>

<<- Ja aktueller Allergiepass liegt uns vor? _____ Nein ->>

Gesundheitsfragen

Durch genaue Auskunft können Wechselwirkungen und Zusammenhänge besser erkannt und berücksichtigt werden.

Ärztliche Behandlungen des letzten 1/4-Jahres: _____

Geröntgte Bereiche des letzten 1/2-Jahres: _____

<<- Nein Schwangerschaft besteht Ja ->> _____ <<- in welcher Woche ↔ Entbindungstermin ->> _____

<<- Nein stillen Sie Ihr Baby Ja ->> _____ <<- Babyalter in Monaten _____

<<- Nein Zigaretten / Pfeife Ja ->> täglich durchschnittlich: _____ Exraucher

Bereichsauffälligkeiten

Haben Sie im Mundraum

- Psychische oder Nervensystemerkrankungen
- Starke Behandlungsangst, Phobien
- Augen (grüner Star), Ohr- oder Kaugeräusche
- Stirn- oder Nasennebenhöhle
- Migräne, Verspannungen im Gesicht
- Genick, HWS, Kiefergelenkknacken
- Haut, Neurodermitis etc.
- Lunge & Atemsystem (Asthma)
- Magen, Bauchspeicheldrüse, Milz
- Leber, Galle, Verdauung
- Niere, Blase, Lymphe, Darm, Unterleib
- keine
- sonstige: _____

<<- Ja Zahnschmerzen Nein ->>

<<- Ja Zahnfleischbluten Nein ->>

<<- Ja Zahnverfärbung Nein ->>

<<- Ja Zahnsteinbildung Nein ->>

<<- Ja Schleimhaut-entzündung Nein ->>

<<- Ja Knirscherschiene Nein ->>

<<- Ja Schnarcherschiene Nein ->>

<<- Ja Implantate Nein ->>

<<- Ja Kronen/Brücken Nein ->>

<<- Ja Mundgeschmack Nein ->>

<<- Ja etwas Mundgeruch Nein ->>

<<- Ja Zahnfleischrückzug Nein ->>

<<- Ja gelockerte Zähne Nein ->>

<<- Ja gewanderte Zähne Nein ->>

seit: _____

seit: _____

seit: _____ Pass?

seit: _____

Herausnehmbaren Zahnersatz habe ich seit: _____ keinen ->>

Sind oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Nein ->>

seit: _____ bei: _____

wichtige Information

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe. Während des Behandlungszeitraumes werde ich die Mitarbeiter der Nordseepraxis umgehend über alle gesundheitlichen Änderungen informieren. Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

X

Ort, Datum und Unterschrift des Empfängers oder Sorgeberechtigten

Patientenlegitimation

Vor- & Zuname sowie Geburtsdatum

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtl. 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 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 möglich. Bei einigen Patienten treten Schluckbeschwerden, eine Facialisparesie sowie temporäre Sehstörungen durch einen ungewöhnlichen anatomischen Verlauf der Nerven auf. Es kann zu allergischen Reaktionen: Anaphylaktischer Schock, Hautrötung, Hautausschlag, Kreislaufreaktionen, Bewußtseinstörung, Ohnmacht sowie zu vegetativen Symptomen z.B. Blässe, Unruhe, Angst und Verwirrung kommen. Ferner kann es u.a. zu folgenden Komplikationen kommen:

Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

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 max. 12 Stunden abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebene Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einem der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen. Zahnarzt darüber, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Selbstverletzung: Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wange, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Behandlung mit oder ohne zahnärztliche Betäubung

Ich möchte grundsätzlich immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen, (wie beispielsweise Wurzelbehandlung)

Eine zahnärztliche örtliche Betäubung möchte ich auf keinen Fall.

Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Die Aufklärung habe ich verstanden. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____