



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name/Vorname Geburtsdatum
Telefon (privat) Telefon (mobil)
e-mail Beruf

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

Bei Behandlung von Kindern: Wer ist erziehungsberechtigt? Beide Mutter Vater

Wer ist Ihr Hausarzt

MEDIZINISCHE ANAMNESE

Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzerkrankung/Herzschrittmacher ja nein
- Kreislauferkrankung ja nein
- Erkrankung des Magen-Darm-Traktes ja nein
- Gelenkerkrankungen (Rheuma) ja nein
- Wirbelsäulenerkrankung ja nein
- Schmerzen im Kiefergelenk ja nein
- hohen Blutdruck ja nein
- Diabetes ja nein
- Epilepsie ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Osteoporose ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- Hepatitis ja nein

Wenn ja, welcher Typ? A B C

• Allergien ja nein

Wenn ja, wogegen?

• Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja, gegen welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche

Für unsere Patientinnen – sind Sie schwanger? ja nein



KOMPLIKATIONEN DER ÖRTLICHEN BETÄUBUNG

Bei der zahnärztlichen Lokalanästhesie kann es zu folgenden Komplikationen kommen:

- Verletzungen von Gefäßen, Nerven und Schleimhaut durch die Kanüle
- Kanülenbruch
- Verschlucken oder Aspirieren (Einatmen) der Kanüle
- Nebenwirkungen des Anästhetikums (brennender Schmerz oder Schleimhautirritationen), örtliche Infektionen
- Überempfindlichkeitsreaktion/Allergien (Ausschlag, Schwellungen, Schwindelgefühl, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Anaphylaktischer Schock)
- Zeitlich begrenzte Sensibilitätsstörung

HINWEISE ZUR VERKEHRSTÜCHTIGKEIT

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung/Anästhesie unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann.

KOSTENHINWEIS

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der GOZ.

HINWEISE ZUR TERMINVEREINBARUNG

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

KENNTNISNAHME UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

.....
Datum

.....
Unterschrift (bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)