

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

E-Mail*: _____

Telefon (privat)*: _____ (mobil)*: _____

Hausarzt*: _____

Anschrift*: _____ Telefon*: _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislauferkrankungen:

- Hoher Blutdruck ja nein
- Niedriger Blutdruck ja nein
- Herzklappenfehler ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Endokarditis ja nein
- Herzoperation ja nein

- Hochgradige Neutropenie** ja nein
- Mukoviszidose-Erkrankung** ja nein
- Organtransplantiert** ja nein
- Stammzellentransplantiert** ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
- Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) ja nein
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/
Neue Variante der
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) ja nein

- Besteht eine Schwangerschaft?** ja nein
- Wenn ja, in welchem Monat? _____ Monat

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

_____ seit _____
_____ seit _____

Nehmen Sie Bisphosphonate?

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?

- ja nein seit _____
- ja nein Datum: _____

Anfallsleiden (Epilepsie)

Asthma/Lungenerkrankungen

Blutgerinnungsstörungen

Diabetes/Zuckerkrankheit

Drogenabhängigkeit

Nervenerkrankung

Nierenerkrankungen

Ohnmachtsanfälle

Osteoporoseerkrankung

Raucher

Rheuma/Arthritis

Schilddrüsenkrankung

Sonstige Erkrankungen:

- ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
- Antibiotika ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Metalle: _____

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann? _____

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Ort: _____, den _____

Unterschrift: _____

* freiwillige Angabe

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

Des Weiteren willige ich ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei

Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Holger A. Immler
Jahnstr. 33
71272 Renningen

an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermittelt werden dürfen.

Ort: _____, den _____

Unterschrift: _____

LOKALANÄSTHESIE – AUFKLÄRUNG ÜBER DIE ÖRTLICHE BETÄUBUNG

Sehr geehrte Patienten,

die vor zahnärztlichen Eingriffen durchgeführte örtliche Betäubung dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Dieser Bereich wird überwiegend durch einen Hirnnerven (N. trigeminus) versorgt, in dessen Versorgungsbereich injiziert wird. Bei der lokalen Anästhesie wird die Infiltrationsanästhesie (Ausschaltung kleinerer Nervenfasern, meist im Oberkiefer), die intraligamentäre Anästhesie (Injektion an den Zahnhalteapparat direkt) und die Leitungsanästhesie unterschieden (Ausschaltung eines Hauptastes, meist im Unterkiefer). Es handelt sich bei der zahnärztlichen Lokalanästhesie um ein Standardverfahren. Es kommt zu einem vorübergehenden Verlust des Schmerzempfindens in dem betroffenen (und evtl. angrenzenden) Areal.

Folgende *Komplikationen* können auftreten:

- Hämatom (Bluterguss) an der Einstichstelle
- Infektion/Abszess im Einstichbereich
- Einschränkung der Mundöffnung
- Allergische Reaktionen
- Leichte Schmerzen
- Nervschädigungen treten lediglich in sehr seltenen Fällen auf, in der Regel ist das Taubheitsgefühl nur vorübergehend
- Die Verkehrstüchtigkeit kann eingeschränkt sein
- Selbstverletzungen/Bissverletzungen sind möglich. Bitte verzichten Sie daher für die Dauer der Betäubung auf die feste Nahrungsaufnahme.

Einverständniserklärung

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

Ich wünsche bei Bedarf eine lokale Anästhesie.

Ort: _____, den _____

Unterschrift: _____