

Name des Patienten:

Name/Vorname, Geb.

Straße

Plz./Ort

Name des Versicherten/Zahlungspflichtigen:

Name/Vorname, Geb.

Straße

Plz./Ort

Meine Krankenversicherung:

gesetzlich bei

privat (bzw. nicht gesetzlich) bei

freiwillig versichert

zusatzversichert

Basistarifversichert

beihilfeberechtigt

(neue Tarifforn von Privatpatienten, damit die Grundversorgung gesichert ist)

Mein Beruf (falls Rentner: früherer Beruf):

Mein **Zahnarzt** ist:

Mein **Hausarzt** ist:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfohlen durch einen Mitarbeiter dieser Praxis

Empfohlen durch einen Patienten

Ich war schon Patient in dieser Praxis

Überwiesen durch einen Zahnarzt

Lage

Internet

Notdienst/Vertretung

Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr

wir bitten Sie – im Interesse einer komplikationslosen Behandlung – um die gewissenhafte Beantwortung der folgenden, teilweise gesetzlich vorgeschriebenen Fragen. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte beantworten Sie uns **folgende Fragen** zu Ihrer eigenen Sicherheit sehr gewissenhaft. Leiden Sie unter:

Ja o Nein o Herz/Kreislauf/Blutdruck (z. B. Infarkt, Schlaganfall, Rhythmusstörungen, Herzflimmern, hoher/niedr. Blutdruck (mit Med. ____/ ____))?

Haben Sie eine sonstige Herzerkrankung?

Ja o Nein o Haben Sie einen Herzpass?

Ja o Nein o o Rheuma o Rheumatische Beschwerden o Arthrose

Ja o Nein o Diabetes (Zucker)

Ja o Nein o Asthma / COPD (Bronchitis, Atemnot)

Ja o Nein o Probleme mit Ihrer Niere

Ja o Nein o Schilddrüsenüber- oder unterfunktion

Ja o Nein o Erkrankungsbedingte oder medikamentöse Blutungsneigung (z. B. Einnahme von Marcumar (Gerinnung: INR 1,5 50% / 1,7 35 %), ASS, Plavix, Iscover, Aggrenox, Efient, Brilique, Xarelto (Wirkstoff: Rivaroxaban) bzw. Pradaxa (Wirkstoff: Dabigatran))

Ja o Nein o Epilepsie (Anfallsleiden)

Ja o Nein o Hepatitis A / B / C, sonstige Lebererkrankungen

Ja o Nein o Infektionskrankheiten (z. B. HIV, Aids, Tbc)

Ja o Nein o Neigen Sie zu Ohnmacht?

Ja o Nein o Haben Sie Allergien? (bitte Allergiepass vorlegen!)

Welche: _____

Ja o Nein o Sind ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen oder

Medikamente bekannt? Welche: _____

Ja o Nein o Sind Sie schwanger? (kein Röntgen) im _____ Monat

Ja o Nein o Wurden Sie in den letzten 6 Monaten im Zahn- oder Kopfbereich geröntgt? Wenn ja was? _____

Ja o Nein o Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Folgende: _____

Ja o Nein o Nehmen/nahmen Sie jemals Bisphosphonate ? (z. B. Medikament bei Osteoporose oder verschiedenen Tumorerkrankungen), z. B.

Fosamax, Fosavance, Tevanate, Tevabone, Alendro, Bonviva*, Bondronat*, Ascendra, Bonoste, Zometa*, Aclasta*, Zoledron*, Steozol,

Zerlinda, Ribometa, Aredia*, Axidronat*, Aszora*, Ribodronat*, Pamifos*, Pamidrocell*, Zoledro, Pamidron*, Actonel, Acara, Risedron, Bonefos*, Clodron*, Ostac*, Etidronat, Ibandronate*

Die Einnahme kann intravenös* (alle 3-12 Monate) oder auch oral erfolgen.

Ja o Nein o Nehmen Sie Denosumab (Handelsname Prolia, Xgeva), dass halbjährl. unter die Haut gespritzt wird und seinen Einsatz primär bei Osteoporose findet?

Ja o Nein o Haben Sie jemals über einen längeren Zeitraum Cortison hochdosiert eingenommen?

Ja o Nein o Sonstige Erkrankungen, z. B. frühere oder aktuelle Krebserkrankung:

Kommentare bzw. Ihre Ergänzungen _____

Ja o Nein o Rauchen Sie? _____ Zig./Tag

Ja o Nein o Spielen Sie ein Blasinstrument? (wir fragen dies wegen der Position der Frontzähne)

Mit dieser Unterschrift versichere ich Ihnen, dass ich alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Aschaffenburg, den _____

Unterschriften Patienten
und Erziehungsberechtigter

Unterschrift Arzt

MVZ Dres. S. Voß & M. Franz, Ludwigstr. 3, 63739 Aschaffenburg

- o Ich stimme nach § 73 Abs. 1b Satz SGB V zu, dass Behandlungsdaten im Sinne des Behandlungsvertrages an "meine" Ärzte übermittelt werden (hierzu besteht gesetzliche Verpflichtung) und innerhalb der Praxisgemeinschaft eingesehen werden dürfen.
- o Meine Email-Adr. lautet _____@_____, ich bin damit einverstanden, dass diese von MVZ Dres. S. Voß & M. Franz zur Übersendung von Informationen benutzt werden darf.
- o Ich bin damit einverstanden, dass die von mir oben aufgeführte Postanschrift von MVZ Dres. S. Voß & M. Franz zur Übersendung von Informationen benutzt werden darf.
- o Ich bin damit einverstanden, dass die von mir hinterlegte Mobilnummer von MVZ Dres. S. Voß & M. Franz zur Terminerinnerung per SMS benutzt werden darf.
- o Ich erkläre mich einverstanden, dass eine Fotodokumentation - auch für Fachvorträge im Kollegenkreis - vorgenommen werden kann (nur Mundaufnahme, Gesicht ist nicht zu sehen).
- o Durch das in der Regel notwendige "lange" Mundaufhalten während zahnärztlicher Eingriffe kann es zu Kiefergelenksbeschwerden kommen/sich bestehende verstärken/frühere wieder auftreten.

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt und ich verpflichte mich, die vereinbarten Termine und besprochenen Anweisungen einzuhalten, auch um eine erfolgreiche Behandlung zu gewährleisten. Terminabsagen müssen mindestens 2 Arbeitstage im Voraus erfolgen, anderenfalls können daraus entstehende Kosten in Höhe von 95 Euro je angefangene 1/2 Stunde in Rechnung gestellt werden.

Für nicht gesetzlich Versicherte bzw. privat versicherte Patienten:

Ich bin darüber informiert, dass eine private Rechnung nach der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) bzw. GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) erstellt wird. Die Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich verpflichte mich, die entstehenden Kosten in voller Höhe zu übernehmen, individuelle Tarife oder Bestimmungen der Versicherungen (z. B. KVB, Postbeamten KK) können wir bei der Berechnung nicht berücksichtigen.

Ich habe dieses Merkblatt gelesen, verstanden und keine weiteren Fragen an den Arzt

Unterschrift bitte erst nach dem Gespräch mit dem Arzt, Danke!

Aschaffenburg, den

Unterschriften Patienten
und Erziehungsberechtigter

Unterschrift Arzt

LOKALANÄSTHESIE

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich.

Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intraaligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervs (Leitungsanästhesie) platziert.

Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt auszuschließen.

Ferner kann es zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskel infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in äußerst seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen.

Nervenschädigung: Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten.

Hierdurch sind vorübergehende und dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem Injektionen im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte, die Unterkiefer- oder die Lippenregion betroffen sein können. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht, die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nach 24 Stunden nicht 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. Dies ist primär nicht auf ein Medikament, sondern vielmehr auf die subjektive Stressbelastung im Zuge der Behandlung und auf die lokale Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

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

In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

ZUR ZAHNÄRZTLICHEN LOKALANÄSTHESIE

Ich habe die Aufklärung verstanden.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten

Ich wünsche ausdrücklich keine Kopie

Aschaffenburg, den

Unterschriften Patienten

und Erziehungsberechtigter

Unterschrift Arzt

(WICHTIG: falls Unterzeichner nicht Patient, dann ist zusätzlich Angabe von Vor- und Zuname erforderlich)