

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir möchten Sie im Sinne unserer Praxisphilosophie optimal und umfassend betreuen. Um Ihnen eine angemessene und möglichst risikofreie Behandlung garantieren zu können, möchten wir Sie bitten, uns einige Informationen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand mitzuteilen. Allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wenn Sie Ihre Kontaktdaten vollständig hinterlassen, können wir Sie problemlos zur Terminvereinbarung kontaktieren und ggf. in unser Nachsorgesystem aufnehmen. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

ICH BIN MIT DER ERFASSUNG UND BEARBEITUNG MEINER DATEN INNERHALB DER PRAXIS-EDV GEMÄß §3 BUNDESDATENSCHUTZGESETZ EINVERSTANDEN.

### Patient

.....

Name, Vorname Geburtsdatum Geburtsort

.....

Straße PLZ, Ort

.....

Telefon Festnetz Telefon mobil E-Mail

.....

Beruf, Arbeitgeber

### Versicherung

.....

Krankenkasse

gesetzlich versichert     privat versichert     Zusatzversicherung  
 Basistarif     Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

.....

Name, Vorname Geburtsdatum

.....

Straße PLZ, Ort

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von: .....

Internet: .....

Anzeige: .....

überweisender Arzt:

sonstiges: ..... .....

### Gesundheitsbogen

Je besser wir Ihren Gesundheitszustand beurteilen können, desto besser können wir auf Ihre

Bedürfnisse eingehen und unsere Behandlung individuell für Sie gestalten. Im Interesse einer optimalen zahnärztlichen Betreuung bitten wir Sie daher um die folgenden Angaben. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen!

ja nein  
Hoher Blutdruck    
Niedriger Blutdruck    
Blutgerinnungsstörung    
Schlaganfall    
Diabetes    
Herzerkrankungen    
wenn ja, welche:

.....  
ja nein  
Schilddrüsenerkrankung    
Rheumatische Krankheiten    
Allergien    
wenn ja, welche:

.....

Für unsere Patientinnen: ja nein  
Sind Sie schwanger?    
wenn ja, welche Woche: .....

Nierenerkrankung

Sonstige Erkrankungen/ Operationen/Pflegestufe:

.....  
.....

### Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- Vorsorgeuntersuchung
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- neuer Zahnersatz
- zweite Meinung
- Überweisung Zahnarzt
- sonstiges:

.....

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

.....

Unsere Praxis arbeitet mit einem Bestellsystem. Dies bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten und zu Ihrem Termin sind wir nur für Sie da. Beachten Sie bitte, dass Ihnen nicht eingehaltene Termine, welche nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat in Rechnung gestellt werden können. Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen kurzfristigen Termin, rechnen Sie bitte mit Wartezeit.  
Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

.....  
Ort, Datum

Unterschrift

ja nein  
Infektionskrankheiten:    
HIV    
Hepatitis    
Tuberkulose    
sonstige:

Nehmen Sie Medikamente ein?  
wenn ja, welche:

- Herzmedikamente:
- Cortison:
- Schmerzmittel:
- Antidepressiva:
- blutverdünnende Medikamente  
(z.B. ASS, Marcumar, Heparin):

.....

sonstige:

.....

ja nein  
Rauchen Sie?    
wenn ja, wieviel täglich?: .....

## Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Patienten,

ab 25. Mai 2018 ist auch in den Zahnarztpraxen die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) als unmittelbar geltendes Recht zu beachten.

Ihre Daten sind uns wichtig, deshalb möchten wir Sie bitten, das folgende Blatt sorgfältig zu lesen und zu unterschreiben.

Für Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam Dr. Fischer

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den gesundheitlichen Zweck (*nicht Gewünschtes bitte streichen*)

### 1. Übermittlung an Dentallabor

Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen und kieferorthopädischen Behandlungsgeräten

ZTL Kipping und Zeitler, White Digital Dental GmbH, ZTL Lexmann, Dentsply Atlantis

### 2. Recall-System

Erinnerungsservice für die regelmäßige Routineuntersuchung, Terminerinnerung/Terminvergabe und ggf. Recall zur professionellen

Zahnreinigung

### 3. Praxisinformationen

Zusendung von Praxisinformationen, im Rahmen von Patienten-Infoveranstaltungen, Jubiläen, Vorträge, etc.

### 4. Aufnahme in die Adress-, Telefon- und Emaildatenbank der Praxis

für Terminvergabe und Erreichbarkeit

### 5. Mikrobiologische Untersuchung

Keim- und Bakterienbestimmung im Rahmen der Parodontitistherapie

(u.a. Hain Lifescience)

### 6. Pathologie

Untersuchung von entnommenem Gewebe oder Abstrichen (Pathologisches Institut Drs. Uhl u. Rosenkranz)

### 7. Konsil und ggf. Austausch von Röntgenbildern

mit Ärzten anderer Fachrichtungen z.B. Hausärzte, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Kieferorthopädie, etc.

durch die Praxis zu.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich namentlich aus dem Wartezimmer aufgerufen werde.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Zwenkau, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## **Einverständniserklärung zur Lokalanästhesie**

### **Liebe Patientin, lieber Patient,**

zur Behandlung von Erkrankungen im Zahn-, Mund-, Kiefer und Gesichtsbereich ist die lokale Ausschaltung der Schmerzempfindung mittels Lokalanästhesie (örtlicher Betäubung) häufig angezeigt. Notwendige Maßnahmen wie z.B. das Legen von Füllungen, die Präparation von Kronen, eine Parodontaltherapie, Wurzelkanalbehandlungen, Extraktionen und andere chirurgische Eingriffe können damit in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden.

Die Betäubung des Nervs kann in Abhängigkeit seines anatomischen Verlaufes an unterschiedlichen Stellen erfolgen, woraus sich unterschiedliche Verfahren ergeben:

- a) Bei einer Leitungsanästhesie im Unterkiefer wird das Betäubungsmittel in die Nähe des Hauptastes des Nervs platziert. Damit kann eine Hälfte des Unterkiefers inklusive Zunge und Lippe bis ca. 4 Stunden betäubt werden.
- b) Bei einer Infiltrationsanästhesie erfolgt die Betäubung an kleineren Nervenendigungen. Sie ist geeignet für 2-3 benachbarte Zähne und hält ein bis max. zwei Stunden an.
- c) Bei einer intraligamentären Anästhesie wird das Anästhetikum in den Spalt zwischen Zahn und Kieferknochen, den sogenannten Parodontalspalt, appliziert. Diese ist für die kurzzeitige Betäubung von ca. 30 min eines einzelnen Zahnes bzw. unterstützend für die o.g. Methoden geeignet. Für größere Eingriffe kann hiermit keine ausreichend lange und ausgedehnte Anästhesie erreicht werden.

Die oben genannten Betäubungsarten haben ihre typischen Anwendungsgebiete: Ihr Behandler wird Ihnen nach Stand der Wissenschaft und seiner Erfahrung die für Sie am besten geeignete Form, gegebenenfalls auch eine Kombination aus a c, der Schmerzausschaltung vorschlagen.

Die Lokalanästhesie stellt ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung dar: allerdings sind trotz fachgerechter Anwendung typische allgemeine und lokale Nebenwirkungen möglich. Hierüber möchten wir Sie im Nachfolgenden aufklären.

### **Allgemeine Reaktionen Herz- Kreislaufsystem**

Durch die Anästhesie kann es unter Umständen zu einem Blutdruckabfall oder -anstieg kommen. Weiterhin können Nebenwirkungen wie Herzrasen, Herzrhythmusstörungen oder eine erniedrigte Herzschlagfolge auftreten. Außerdem sind nach der Betäubung Unruhe, Schwindel, Nervosität oder Benommenheit möglich.

### **Allergie**

Eine Unverträglichkeit der verwendeten Substanzen ist immer möglich und leider nicht vorhersehbar. Falls Sie schon einmal entsprechende Probleme bei der Lokalanästhesie hatten, informieren Sie

bitte Ihren Behandler, damit evtl. auf ein alternatives Präparat ausgewichen werden kann. Legen Sie bitte auch Ihren Allergiepass vor.

### **Lokale Reaktionen**

Hämatom (Bluterguss)/Ödem): Durch die verwendete Kanüle können bei der Injektion, den Nerv umgebende Blutgefäße verletzt werden. Dadurch kann eine Blutung entstehen bzw. es kann zu Einblutungen in die umgebende Muskulatur/Gewebe kommen, die zu Schmerzen, zu einer zeitweisen Behinderung der Mundöffnung und in seltenen Fällen auch zu einer Infektion führen können. Bei Einsatz der intraligamentären Anästhesie kann der Zahn durch eine Ödembildung vorübergehend aufbissempfindlich sein. Sehr selten kann ein Bruch der Kanüle bei deren Einsatz vorkommen.

### **Nervschädigung**

In seltenen Fällen kann eine Schädigung von Nervenfasern bei einer Leitungsanästhesie eintreten. Als Folge sind eine vorübergehende Gesichtsasymmetrie oder vorübergehende bzw. sehr selten dauerhafte Gefühlsstörungen wie z.B. Kribbeln, Missempfindung bis hin zur Taubheit im entsprechenden Versorgungsgebiet möglich. Da die Leitungsanästhesie vor allem im Unterkiefer Anwendung findet, sind daher die entsprechende Zungenhälfte bzw. die Unterkiefer- und Lippenregion betroffen.

### **Bitte beachten Sie nach der Anästhesie Folgendes:**

Die Reaktions- bzw. Konzentrationsfähigkeit inklusive der Verkehrstüchtigkeit kann infolge der örtlichen Betäubung als auch der zahnärztlichen Behandlung beeinträchtigt sein. Unmittelbar nach der Behandlung sollten Sie daher nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. Bitte verzichten Sie auch, solange wie die Betäubung anhält, auf die Nahrungsaufnahme, da ansonsten Bissverletzungen, Verbrennungen oder Erfrierungen möglich sind. Falls bei Ihnen nach dem Nachlassen der Betäubung Missempfindungen oder ein Taubheitsgefühl vorliegen, informieren Sie bitte umgehend Ihren Behandler.

### **Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie**

Abschließend bitten wir Sie mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen, dass Sie über die Notwendigkeit, das Vorgehen und die Komplikationen der zahnärztlichen örtlichen Betäubung informiert wurden, diese verstanden haben und keine weiteren Fragen bestehen.

Ich wurde über die Notwendigkeit, Komplikationen und Alternativen der zahnärztlichen Lokalanästhesie umfassend aufgeklärt. Mit meiner Unterschrift willige ich im Vollbesitz meiner Erkenntnis- und Entscheidungsfähigkeit in die Anwendung der Lokalanästhesie, auch bei zukünftigen Terminen unter vorheriger Absprache, ein.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift