

**Herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Wir möchten Sie im Sinne unserer Praxisphilosophie zufriedenstellend 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. Wenn Sie Ihre Kontaktdaten vollständig hinterlassen, können wir Sie problemlos 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.

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. Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen kurzfristigen Termin, rechnen Sie bitte mit Wartezeit.

**Für nicht wahrgenommene Termine, sowie für Terminabsagen, die weniger als 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen, berechnen wir eine Ausfallgebühr von 100 Euro pro 30 Minuten der für Sie reservierten Behandlungszeit.**

---

Datum

---

Unterschrift des Versicherten  
oder Erziehungsberechtigten

**Patient**

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

**Geburtsort** (Pflicht nach neuer Röntgenverordnung ab 01.07.2012): .....

Adresse: .....

Tel. privat, Tel. beruflich .....

E-Mail .....

Beruf, Arbeitgeber.....

**Versicherter**

- ..... Name, Vorname
- ..... Geburtsdatum
- ..... Straße, Hausnummer
- ..... Postleitzahl, Ort
- ..... Tel. privat, Tel. beruflich
  
- ..... e-Mail
- ..... Krankenkasse, Mitgliedsnummer
- ..... Zahn-Zusatzversicherung

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- durch Empfehlung von: .....
- Google-Suche
- Jameda
- Zeitungsannonce
- anderes: .....

**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!

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Allergische Reaktionen (wie Latex; Nickel; ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besitzen Sie einen Allergiepass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma (schwere Atemnot)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unverträglichkeit von Medikamenten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, welche.....

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Herzinfarkt, Herzklappenersatz, Herzpass, wann? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall, wann?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankung, welcher Art, wann?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lähmungen, wann? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelbsucht, wann?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionserkrankungen (HIV; Hepatitis; ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung, wann?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenkerkrankung (wie Rheuma, PCP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epileptiforme Anfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluten Sie lange nach einer Verletzung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose (Bisphosphonattherapie?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie ist Ihr Blutdruck?                      Normal... <input type="radio"/> niedrig... <input type="radio"/> hoch... <input type="radio"/>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Rauchen Sie? (Zigaretten, E-Zigarette)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wieviele .....		
Sind Sie trockene/r Alkoholiker/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(da wir alkoholhaltige Mundspüllösungen verwenden)		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(z.B.Herzmedikamente, Cortison, Schmerzmittel, Antidepressiva, blutverdünnende Medikamente, Bisphosphonate, sonstige Medikamente)		
wenn ja, welche?:		
_____		
_____		

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
<b>Für Patientinnen:</b> Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, in welchem Monat ? .....

Stillen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------------	-----------------------	-----------------------

---

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
--	-----------	-------------

Wünschen Sie		
--------------	--	--

- Informationen zur professionellen Zahnreinigung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

- Informationen zu zahnfarbenen Füllungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

- Informationen zu Zahnersatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------------------------------	-----------------------	-----------------------

- Informationen zu Implantaten (künstlichen Zahnwurzeln)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

- Informationen zur Zahnfleischbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Haben Sie eine ZahnZusatzversicherung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Liegt eine Pflegestufe vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------------	-----------------------	-----------------------

Wenn ja, welcher Grad ? .....

Zwenkau, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten oder  
Erziehungsberechtigten

## **Datenschutzerklärung**

Ab 25. Mai 2018 ist auch in den Zahnarztpraxen die EU-Datenschutzgrundverordnung (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 auf der Folgeseite 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.

## **8. Fotodokumentation**

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Anfertigung von Fotos zum Zwecke der Qualitätssicherung, Dokumentation, Archivierung und ggf. anonymen Weiterverwendung in Fachpublikationen oder in fachspezifischen Präsentationen

### **durch die Praxis zu.**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ich mit meinem Namen 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). (E-Mail: info@zahnarzt-zwenkau.de)

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, am \_\_\_\_\_

(Unterschrift Patient:in)

## **Einverständniserklärung zur Lokalanästhesie**

### **Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,**

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 aufbissemppfindlich 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.

Zwenkau, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Unterschrift Patient:in)