

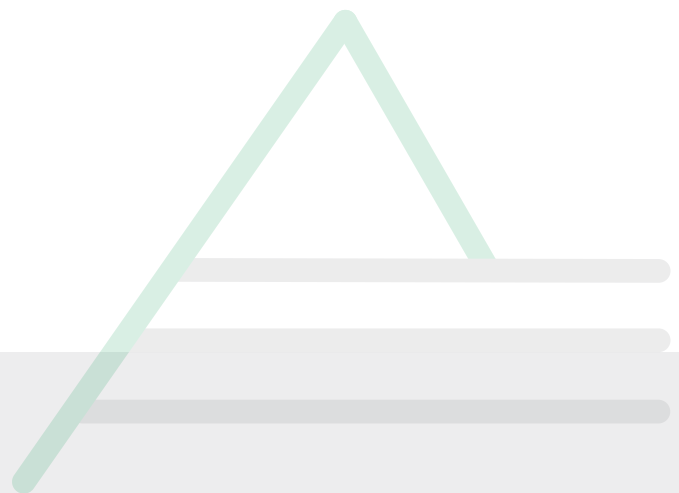


Informationen zur zahnärztlichen Anästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird das Lokalanästhetikum möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht immer vermeidbar. Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss):

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen.



Nervschädigung:

Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden.

Verkehrstüchtigkeit:

Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen 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.

Datum, Unterschrift



PATIENTENFRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis am Hardtwald.

Bevor wir uns in Ruhe Ihrer zahnmedizinischen Situation zuwenden und uns über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine individuelle und sichere Behandlung.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Eventuelle künftige Änderungen teilen Sie uns bitte umgehend mit. Fragen Sie bei Unklarheiten bitte gerne im persönlichen Gespräch nach.

Patienten-Name	_____	PATIENT	Versicherter	_____	VERSICHERTER
Geburtsdatum / -ort	_____	PATIENT	Geburtsdatum	_____	VERSICHERTER
Straße	_____	PATIENT	Straße	_____	VERSICHERTER
PLZ / Ort	_____	PATIENT	PLZ / Ort	_____	VERSICHERTER
Telefon Privat	_____		Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich	
Telefon Mobil	_____			<input type="checkbox"/> privat	
Telefon Arbeit	_____		Name der Versicherung / Krankenkasse	_____	
E-Mail	_____				
Beruf	_____		beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Arbeitgeber	_____		Zahnzusatzversicherung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Hausarzt	_____	Bisheriger Zahnarzt	_____
Telefon	_____	Name / Ort	_____

Was ist der Grund für Ihren Besuch? _____

Letzte Zahnbehandlung (was, wann)? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen	ja	nein
1 Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.1 Nehmen / nahmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 TBC / Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Wenn ja, welche?) _____		
2.3 Hepatitis A, B, C (Gelbsucht) Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
3 Allergien, z.B.: Penicillin (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Wie ist Ihr Blutdruck?		
_____			<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch		
_____			7 Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(Wenn ja, welcher Typ?) _____		

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 8 Autoimmunerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Rheuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 Nieren-, Lungen-, Lebererkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 Augenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 Andere Erkrankungen (Welche?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 18 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
- Marcumar / Plavix / ASS / Blutverdünner
- andere _____

- 19 Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
- unsicher ja nein
- (Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?) _____

Spezielle Anamnese

- 20 Wurde bei Ihnen eine Parodontose-Behandlung durchgeführt? ja nein
- 21 Wurde bisher bei Ihnen regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung (PZR) durchgeführt? ja nein
- 22 Wurden bei Ihnen bisher regelmäßig Röntgenbilder gemacht? ja nein

Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 23 Rauchen Sie?
(Wenn ja, wieviel?) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 Trinken Sie Kaffee, Tee, Rotwein?
(Wenn ja, wieviel?) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 Haben Sie Beschwerden beim Kauen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 Leiden Sie häufig unter Schmerzen oder Verspannungen im Kopf-, Kiefer- oder Gesichtsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 Machen Ihre Kiefergelenke manchmal Geräusche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | | |
| 29 Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer Betäubung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? | | |
| <input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung von _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Internet / Homepage | | |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | | |

- 34 Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorge- / Kontrolltermin erinnert werden? ja nein
- E-Mail schriftlich

Dieser Service ist für Sie kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden.

Wünschen Sie eine besondere Beratung über

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ästhetische Zahnheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amalgamentfernung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hochwertigen Zahnersatz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implantate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Miniimplantate zur Prothesenstabilisierung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Naturheilkunde (Zahn-Organ-Beziehung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kiefergelenkbehandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parodontalbehandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bleaching (Zähne aufhellen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfarbene Füllungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Harmonieschiene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (unsichtbare Zahnspanne / www.harmonieschiene.de) | | |



Mein Behandlungswunsch

- Ich bin mit dem Aussehen meiner Zähne zufrieden
- Ich bin mit dem Aussehen meiner Zähne nicht zufrieden
- Ich möchte kostengünstig, soweit wie möglich innerhalb meiner Bezuschussungsrichtlinien versorgt werden, auch wenn dies viele modernere Behandlungsmethoden ausgrenzt.
- Ich wünsche mir im Rahmen meiner Möglichkeiten eine moderne Betreuung durch Ihre Praxis.
- Ich wäre auch (falls notwendig) bereit, für eine über die Bezuschussungsrichtlinie hinausgehende Untersuchung, Diagnose und ausführliche Beratung privat zuzuzahlen. Dafür möchte ich einen auf mich individuell zugeschnittenen Behandlungsplan unter wirtschaftlichen und fachlichen Kriterien.

Liebe Patientinnen und Patienten,

wir führen die Praxis als organisierte Bestellpraxis. Das bedeutet, dass wir den für Sie reservierten Termin exklusiv vereinbaren. Dies hat für Sie den Vorteil - geringere Wartezeiten und genügend Zeit für Ihre Betreuung und Behandlung ohne Stress und ohne Hektik. Sollte es in Ausnahmefällen, z.B. durch das „Einschieben“ eines Schmerzpatienten, zu einer Verzögerung Ihres Termins kommen, so werden wir versuchen, Sie rechtzeitig zu informieren.

Bitte beachten Sie, dass fest vereinbarte Termine bis 24 Stunden (1 Arbeitstag) vorher kostenfrei Ihrerseits verlegt werden können.

Nicht rechtzeitig stornierte Termine bzw. nicht angetretene Termine erlauben wir uns als Ausfallhonorar nach §§304,615 BGB mit 50€ je ½ Std. in Rechnung zu stellen. (Amtsgericht Berlin, Az.: C 179/04).

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift bereit, die anfallenden Behandlungsinvestitionen unabhängig von der Erstattung meiner Versicherung zu begleichen.

Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden. Ich verpflichte mich, Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben, meinem Zahnarzt mitzuteilen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum, Unterschrift