



ALLGEMEINE HINWEISE

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt mindestens 24 bis 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben.

Ich bin darüber informiert, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine nach §§ 304, 615 BGB und § 287 ZPO in Rechnung gestellt werden können.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur ERHEBUNG / ÜBERMITTLUNG von PATIENTENDATEN

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde und deren Weitergabe an meinen Hausarzt, andere Ärzte oder Leistungserbringer für die Zwecke der von der Praxis Dr. Weller zu erbringenden zahnärztlichen Leistungen einverstanden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Falls sich etwas an meinem Gesundheitszustand ändert, so teile ich dies umgehend mit.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Vielen Dank.

ICH HABE DIESE AUFKLÄRUNG GELESEN UND VERSTANDEN.

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

Alle abgedruckten Informationen habe ich gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

.....
Datum, Unterschrift



DR. DIRK WELLER
PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

ANAMNESE

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

bevor wir uns entspannt über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Hauptversicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, welches Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige
 Internet Sonstiges _____

Möchten Sie von uns per SMS oder via E-Mail an Ihre Vorsorge- und Prophylaxe-Termine erinnert werden? ja nein

Möchten Sie unseren Praxis-Newsletter per E-Mail erhalten? ja nein



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| Kreislaufs | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|-------------------------|
| hohen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| niedrigen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Creutzfeldt-Jacob-Krankheit (CJK/vCJK) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Osteoporose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Grünen Star | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| HIV (Aids) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Hepatitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Wenn ja, welcher Typ? | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C |
| Allergien | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Wenn ja, wogegen? _____ | | | |
| eine Gelenkprothese (z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Wenn ja, wo genau? _____ | | | |

Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger? ja nein
- Wenn ja, in welcher Woche? _____

ZAHNMEDIZINISCHER GESUNDHEITZUSTAND

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> gründliche Zahnkontrolle | <input type="radio"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="radio"/> Beratung | <input type="radio"/> „zweite Meinung“ |
| <input type="radio"/> Schmerzbehandlung | <input type="radio"/> sonstige Wünsche: |
- _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Stents | <input type="radio"/> Bypass |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> künstliche Herzklappe |
| <input type="radio"/> Angina Pectoris | <input type="radio"/> einen Herzpass |

Medikamente: Nehmen Sie ...

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente | <input type="radio"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel | <input type="radio"/> Bisphosphonate |
| <input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS, Clopidogrel, Xarelto® o.ä.? Wenn ja, welche? | |
- _____

- andere Medikamente:
- _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- ja nein
- Wenn ja, gegen welche? _____
- _____

Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein

Haben Sie Interesse an einer professionellen

- Zahnreinigung (PZR)? ja nein

- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein

Letzte Röntgenuntersuchung der Zähne:



AUFKLÄRUNGSBOGEN LEITUNGSANÄSTHESIE

WAS IST EINE LEITUNGSANÄSTHESIE?

Bei der Leitungsanästhesie wird ein Betäubungsmittel direkt in die Nähe des Nervs injiziert, und zwar in der Höhe seiner Eintrittsstelle in den Kiefer. Dadurch wird nicht nur der entsprechende Zahn betäubt, sondern auch das nachfolgende Versorgungsgebiet des Nervs. Durch das Betäubungsmittel werden die Nervenfasern vorübergehend gehemmt, Informationen wie Schmerz oder Berührungsempfinden an das zentrale Nervensystem zu übermitteln. Nach einiger Zeit baut der Körper das Betäubungsmittel ab und der Nerv reagiert wieder auf Reize.

Unsere Praxis legt großen Wert darauf, Sie schmerzfrei zu behandeln. Da jede medizinische Behandlung gewisse Risiken birgt, sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, Sie über diese aufzuklären.

MÖGLICHE NEBENWIRKUNGEN

Häufig

- unvollständige Wirkung / Wiederholung erforderlich
- Fremdgefühl / Schwellung des betäubten Bereiches und / oder auf der Zunge, im Hals, Schluckreiz
- eingeschränkte Beweglichkeit betäubter Bereiche: Schwierigkeiten beim Sprechen, Schlucken, Ausspülen
- spürbares und / oder sichtbares Hängen von Lippe, Wange etc.

Manchmal

- blitzartiger Schmerz oder Missempfinden durch Nervberührung
- Schmerzen an der Einstichstelle in den folgenden Tagen
- Mitbetäubung benachbarter oder etwas entfernter Bereiche (Nase, Ohr, Auge)
- unabsichtliche Selbstverletzung während die Betäubung noch anhält (z.B. Wangeneinbeißen)

Selten

- Entzündung der Einstichstelle
- Kreislaufkollaps, Bewusstlosigkeit

Sehr selten

- allergische Reaktion auf den verwendeten Wirkstoff
- dauerhafte Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet des betäubten Nervs

Alternative: Intraligamentäre Anästhesie

Eine Alternative zur Leitungsanästhesie ist die Intraligamentäre Anästhesie.

Nachteil:

- nur für bestimmte und kurze Eingriffe möglich
- wirkt nur in ca. 80% der Fälle

PATIENTENEINWILLIGUNG

- Ich willige in die Verabreichung von Betäubungsmittel im Rahmen zahnärztlicher Behandlungen ein. Mir ist bekannt, dass ich eine Einwilligung bis zum Beginn einer einzelnen Behandlung widerrufen kann.

.....
Datum, Unterschrift