



Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten sich einen Moment Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen.

Persönliche Angaben

Versicherter

Name, Vorname _____

geb. _____

Straße _____

PLZ _____

Ort _____

Telefon _____

Email _____

Beruf _____

Hauptversicherter, falls abweichend

Name, Vorname _____

geb. _____

Straße _____

PLZ _____

Ort _____

Versicherung

 Gesetzlich versichert Privat versichert ZusatzversicherungName Krankenkasse/ Versicherung: _____ Pflegegrad: _____

Erinnerungsservice / Recall

 Brief Email nein

Halbjährliche automatische Erinnerung an Ihre Vorsorgeuntersuchung

Röntgen

Gibt es eine aktuelle Röntgenaufnahme?

 ja nein

Die Röntgenaufnahme im Kopfbereich sollte nicht älter als 12 Monate sein

Hausarzt / behandelnder Arzt (bitte Adresse angeben)

Implantat

Haben Sie einen Implantatpaß?

 ja nein

Wo wurden die Implantate gesetzt? _____

Gesundheitsfragen

Herzerkrankung

- Herzinfarkt ja nein
 Herzschrittmacher ja nein
 Stents ja nein
 Bluthochdruck ja nein
 Niedriger Blutdruck ja nein
 Künstl. Herzklappe ja nein
 Herzfehler ja nein
 Sonstiges: _____

Nierenerkrankung

- Dialyse ja nein
 Chron. Niereninsuffizienz ja nein

Sonstige Erkrankungen

- Kopfschmerz / Migräne ja nein
 Krampfanfälle / Epilepsie ja nein
 Künstliche Gelenke _____
 Krebsbehandlung ja nein

Weitere Erkrankungen

Lebererkrankung

- Leberinsuffizienz ja nein
 Hepatitis A B C nein

Rauchen

- ja Stück/Tag _____ nein
 E Zigarette Menge: _____ nein

Unverträglichkeiten / Allergie nein

- Lokalanästhesie Schmerzmittel Antibiotika ja Monat: _____ nein
 Metalle _____
 Medikamente _____
 sonstige _____

Atemwegserkrankung

- Asthma ja nein
 COPD ja nein
 Schlafapnoe ja nein
 Schnarchen ja nein

Infektionserkrankung

- AIDS ja nein
 HIV ja nein
 TBC ja nein

Stoffwechselerkrankung

- Osteoporose ja nein
 Rheuma ja nein
 Diabetes Typ I Typ II nein
 Schilddrüsenüberfunktion ja nein
 Schilddrüsenunterfunktion ja nein
 Depressionen ja nein
 psychoth. Behandlung ja nein

Medikamenteneinnahme

Blutverdünnende Medikamente:

- ASS Marcumar Clopidogel nein

sonstige _____

Pille ja nein

Bisphosphonate ja nein

Antidepressiva ja nein

regelmäßige Medikamente:

Schwangerschaft



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener
Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Recall-System

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service (zutreffendes bitte ankreuzen) teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis und möchte über folgenden Weg informiert werden. E-Mail Brief

Terminverschiebung

Sie werden von uns über evtl. Terminverschiebungen informiert.per :

E Mail SMS

PATIENTENEINWILLIGUNG für Auskunft an Angehörige, Erziehungsberechtigte oder Betreuer

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an Angehörige, Erziehungsberechtigte oder Betreuer weiter zu geben bedarf es Ihre Einwilligung. Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Ich damit einverstanden bin, dass die Familienzahnarztpraxis Michaela Heitzer meine Daten an:

weitergeben darf.

Ich wünsche **keine** Weitergabe meiner Daten an: Angehörige Ärzte

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

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).

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen, auch Gesundheitszustand zu informieren. Ebenso verpflichte ich mich Termine einzuhalten und mind. 24 h im Voraus abzusagen. Ansonsten behalten wir uns vor, nicht eingehaltene Termine auch gesetzlich versicherte Patienten gemäß §615 BGB ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient (gesetzl. Vertreter)



Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

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. Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (5. Hirnnerv) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben wird die Lokalanästhesie möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die zahnärztliche Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleinerer Blutgefäße kann es zu Blutungen in das umgebene Gewebe kommen. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln in Folge einer zahnärztlichen Lokalanästhesie kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen, kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt bei entsprechenden Beschwerden informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollkommenden Wiederherstellung der Funktion.

Nervschädigung: Bei einer zahnärztlichen Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch kann es zu Gefühlsstörungen im Bereich von Zunge, Unterkiefer und Lippenregion kommen. Diese Gefühlsstörungen sind in der Regel vorübergehend, eine vollständige Wiederherstellung des Gefühls kann aber mehrere Monate dauern. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie bitte umgehend Ihren Zahnarzt.

Selbstverletzung: Verzichten Sie bitte auf die Nahrungsaufnahme solange das Taubheitsgefühl nach einer zahnärztlichen Lokalanästhesie anhält. Dies kann mehrere Stunden dauern. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen/Verbrühungen und Erfrierungen möglich.

Verkehrstüchtigkeit: Infolge der Lokalanästhesie und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Sie sollten daher nach einer zahnärztlichen Behandlung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Anästhesie:

Ich habe die Aufklärung verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Vorname Name geb.

Datum: _____ Unterschrift: _____