

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

herzlich willkommen in unserer Praxis und vielen Dank für Ihr Vertrauen. Um Sie angemessen und sicher behandeln zu können, bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten. Sollte sich im Laufe der Zeit etwas an Angaben ändern, informieren Sie uns bitte umgehend darüber. Vielen Dank!

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Telefonnummer

Herz/Kreislauf

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="radio"/> Herzfehler | <input type="radio"/> Angina pectoris | <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Herzmuskelentzündung |
| <input type="radio"/> Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> Künstliche Herzklappe | <input type="radio"/> Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Hoher Blutdruck |
| <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> Rhythmusstörungen | <input type="radio"/> Herzschwäche | |

oder

Atemwege/Lunge

- | | | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Lungenentzündung | <input type="radio"/> Tuberkulose | <input type="radio"/> Chronische Bronchitis |
| <input type="radio"/> Schlafapnoe | <input type="radio"/> Schnarchen Sie? | | |

oder

Gefäße

- | | | | |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen | <input type="radio"/> Krampfadern | <input type="radio"/> Thrombosen |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|

oder

Leber

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Gelbsucht | <input type="radio"/> Leberverhärtung | <input type="radio"/> Fettleber | <input type="radio"/> Gallensteine |
| <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C |

oder

Nieren

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Dialysepflichtigkeit | <input type="radio"/> Nierenentzündung | <input type="radio"/> Nierensteine |
|--|--|------------------------------------|

oder

Magen, Darm

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Geschwür | <input type="radio"/> Engstelle | <input type="radio"/> Verdauungsstörungen | <input type="radio"/> Sodbrennen |
| <input type="radio"/> Refluxkrankheit | | | |

oder

Stoffwechsel

- | | | | |
|--|---|--|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> Diabetes mellitus Typ I | <input type="radio"/> Diabetes mellitus Typ II | <input type="radio"/> Kropf |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="radio"/> Schilddrüsenunterfunktion | | |

oder

Skelettsystem

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Gelenkerkrankungen | <input type="radio"/> Rückenbeschwerden | <input type="radio"/> Muskelschwäche | <input type="radio"/> Muskelerkrankungen |
| <input type="radio"/> Fibromyalgie | <input type="radio"/> Bandscheibenbeschwerden | | |

oder

Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie) Lähmungen Depressionen Angstzustände

oder

Augen

- Grüner Star Grauer Star Blindheit Starke Einschränkung der Sehkraft

oder

Blut

- Gerinnungsstörungen auch bei Blutsverwandten häufiges Nasenbluten Nachbluten nach OP
 blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung

oder

Allergie oder/und Überempfindlichkeit gegen

- Heuschnupfen Nahrungsmittel Fruchtzucker Medikamente
 Jod Pflaster Latex (z.B. Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe)

oder

Sind Sie schwanger?

Welche Schwangerschaftswoche?

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison AIDS Zustand nach Organtransplantation

oder

Knochen

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt? Wegen welcher Erkrankung?

Wann? Mit welchem Präparat?

Andere Erkrankungen oder Behinderungen?

Rauchen Sie? Wie viel durchschnittlich?

Trinken Sie Alkohol?

- Gelegentlich Regelmäßig Wie viel?

Gerinnungshemmende Medikamente – Dauerhaft oder in den letzten Tagen zum Beispiel

- Aspirin* ASS Marcumar* Ticlopidin
 Plavix*/Clopidogrel Pradaxa* Xarelto* Eliquis*
 Aggrenox* Efient*

oder

Regelmäßige Medikamente

- Blutdruckmedikamente Herzmedikamente Schmerzmittel „Antibabypille“
 Psychopharmaka Antidiabetika

oder

Mein Hausarzt

Name

Straße

Ort

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail

Außerdem bin ich beim Facharzt für

Name

Straße

Ort

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail

in Behandlung

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, 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 die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intraaligamentäre 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 unbedingt 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. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Nervenschädigung: 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. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

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.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

- Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.
- Ich möchte nach dem Eingriff individuell entscheiden, ob ich eine Behandlung zur schnelleren Aufhebung des Taubheitsgefühls nach der örtlichen Betäubung erhalte, wenn die zahnmedizinische Maßnahme dies zulässt und eine Risiko-aufklärung durch den Zahnarzt erfolgt ist.

Vom Arzt ausfüllen/Insbesondere wurden folgende Punkte besprochen

Datum

Unterschrift