

## ANMELDUNG

Name	Vorname	geb. am
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (privat)	Telefon (geschäftlich)	Mobil
E-Mail	Krankenkasse	Beruf

### Einverständniserklärung für die Behandlung Minderjähriger:

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für die Behandlung (ausgenommen Schmerzbehandlungen) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig (s. Rückseite).

## ANAMNESE

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

### 1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck
- Herzklappenerkrankung/-defekt
- Herzschrittmacher
- Herzinfarkt/Angina pectoris
- Schlaganfall
- Schilddrüsenerkrankung
- andere: \_\_\_\_\_
- keine

### 2. Allergien/Unverträglichkeiten

- Lokalanästhetika
- Schmerzmittel
- Antibiotika (v.a. Penicillin!)
- Latex
- andere: \_\_\_\_\_
- keine

### 3. Infektionserkrankungen

- HIV
- Hepatitis (Gelbsucht)  A  B  C
- keine

- Tuberkulose
- andere: \_\_\_\_\_

### 4. andere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen/Lebererkrankungen
- Epilepsie (Anfallsleiden)
- Osteoporose
- andere: \_\_\_\_\_
- Lungenerkrankung/Asthma (Atemnot)
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Tumorerkrankung
- keine

## 5. regelmäßige Medikamente

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ASS/Aspirin/Clopidogrel | <input type="checkbox"/> Marcumar         |
| <input type="checkbox"/> andere Blutverdünner    | <input type="checkbox"/> Bisphosphonate   |
| <input type="checkbox"/> Cortison                | <input type="checkbox"/> Immunsuppressiva |
| <input type="checkbox"/> andere: _____           | <input type="checkbox"/> keine            |

## 6. allgemeine Angaben

- Besteht eine Schwangerschaft?  ja Woche \_\_\_\_\_  nein
- Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_
- Sind sie an einem Recall (Erinnerung an Kontrolltermin) interessiert?  ja  nein  
→  per Brief  per Email
- Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung?  ja behandelnder Arzt \_\_\_\_\_  
 nein
- Wie ist der Name Ihres vorherigen Zahnarztes? \_\_\_\_\_

# AUFKLÄRUNG ÜBER DIE ZAHNÄRZTLICHE LOKALANÄSTHESIE

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Schmerzausschaltung. Obwohl dies ein sicheres und erprobtes Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten nicht ausgeschlossen.

### Hämatom

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße kann es zu Einblutungen in das Gewebe kommen. Dies kann zu Schmerzen, Behinderung der Mundöffnung oder in seltenen Fällen zu einer Infektion kommen.

### Nervschädigung

In sehr seltenen Fällen kann es bei der Anästhesie, vor allem im Unterkiefer, zur Irritation der Nervfasern kommen. Dadurch kann es zu vorübergehenden bzw. bleibenden Gefühlsstörungen an der Zunge und der Unterlippe kommen. Äußerst selten ist auch der temporäre, aber völlig reversible Ausfall der Gesichtsmotorik.

### Selbstverletzung

Durch die Gefühllosigkeit des den Zahn umgebenden Gewebes, kann es bei verfrühter Nahrungsaufnahme zu Verletzungen der Zunge, Wange oder Lippen kommen.

### Verkehrstauglichkeit

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit aufgrund von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung bzw. auch aufgrund einer möglichen Stresssituation einer zahnärztlichen Behandlung beeinträchtigt sein kann.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten