

ANMELDUNG

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Hauptversicherter _____ geb. Hauptversicherte _____

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

3. Infektionserkrankungen

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

4. andere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen/Lebererkrankungen
- Epilepsie
- Osteoporose
- andere: _____

5. regelmäßige Medikamente

- ASS/ Aspirin /Clopidogrel
- andere Blutverdünner
- Cortison
- andere: _____

2. Allergien/Unverträglichkeiten

- Lokalanästhetika
- Schmerzmittel
- Antibiotika (v.a. Penicillin)
- Latex
- andere: _____
- keine

Tuberkulose

andere: _____

- Lungenerkrankung/Asthma
- Diabetes mellitus (Zucker)
- Tumorerkrankung
- keine

- Marcumar
- Bisphosphonate
- Immunsuppressiva
- keine

6. allgemeine Angaben

Besteht eine Schwangerschaft? Woche _____ ja nein

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____

Sind Sie an einem Recall (Erinnerung an Kontrolltermin) interessiert? ja nein
 per Anruf per Post

Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung? ja nein
behandelnder Arzt _____

Wie ist der Name Ihres vorherigen Zahnarztes? _____

FRAGEN ZUR CORONAVIRUS-SITUATION:

Hatten Sie Kontakt (länger als 15 Minuten, enger als 2 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person? ja nein

Sind Sie erkrankt? seit: _____ ja nein

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Muskel-/Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Geschmack- und Geruchslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Luftnot | |

Aufenthalt in letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet? Wo: _____ ja nein

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen lassen?

Falls ja, Testergebnis: _____ ja nein

Befinden Sie sich in behördlich angeordneter Quarantäne? ja nein

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 führen.

Nervschädigung

In sehr seltenen Fällen kann es bei einer 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 _____