

Name, Vorname: _____

geboren am: _____ Geburtsort: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Versicherung: _____

HAUPTVERSICHERTER ggf. gesetzliche/r Vertreter/in bei Personen unter 18 Jahren / Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen

Name, Vorname: _____

Beihilfe berechtigt: JA NEIN

mein Hausarzt / Name: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

HERZ / KREISLAUF

	JA	NEIN
Angina pectoris (Brustenge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmuskelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niediger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLUT:

Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufiges Nasenbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leicht blaue Flecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbluten nach OPs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GEFÄßE:

	JA	NEIN
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATEMWEGE / LUNGE:

Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenblähung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafapnoe (Schnarchen, Atemaussetzer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NERVEN / GEMÜT:

Krampfanfälle (Epilepsi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LEBER:

	JA	NEIN
Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NIEREN:

Dialysepflichtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MAGEN, DARM:

Geschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refluxkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIE:

Heuschnupfen / Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SKELETTSYSTEM:

Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rücken-/ Bandscheiben- beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANDERE ERKRANKUNGEN ODER EINSCHRÄNKUNGEN?

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	--------------------------

STOFFWECHSEL

Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUGEN:

Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grauer Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkung der Sehkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RAUCHEN SIE?

Wie viel durchschnittlich?

TRINKEN SIE GELEGENTLICH ALKOHOL?

Regelmäßig?

SIND SIE SCHWANGER?

Welche Schwangerschaftswoche?

IMMUNSCHWÄCHE

Einnahme von Cortison

Zustand nach Organtransplantation

HIV-Infektion, AIDS

MEDIKAMENTE / KNOCHEN

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

Wegen welcher Erkrankung?
(z.B. Osteoporose od. Brustkrebs)

GERINNUNGSEHMENDE

MEDIKAMENTE

Dauerhaft oder in den letzten Tagen
(z.B. Aspirin®, ASS®, Marcumar®,
Ticlopidin®, Clopidogrel®, Lixiane®,
Brilique®, Etient®)

REGELMÄßIGE MEDIKAMENTE

z.B. Blutdruck-/ Herzmedikamente

Schmerzmittel

„Antibabypille“

Psychopharmaka

Antidiabetika

HABEN SIE EINE

MEDIKAMENTENLISTE?

falls ja, dann legen Sie uns diese bitte vor!

**Ich versichere, dass die oben genannten
Angaben richtig und vollständig sind.**

Neustadt, den _____

Unterschrift _____

Informationen zur zahnärztlichen Anästhesie

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. Wurzelbehandlung, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird das Lokalanästhetikum möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat (intraalveoläre Anästhesie) oder in der Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leistungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht immer 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 Kaumuskel infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen.

Nervschädigung: 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.

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, Wange, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Ich versichere, dass die oben genannten Angaben richtig und vollständig sind.

Neustadt, den

Unterschrift

Um eine interdisziplinäre Behandlung zu gewährleisten kann die Weitergabe von Behandlungsunterlagen an Kollegen (Oralchirurg, Hausarzt, Kieferchirurg, etc.) notwendig sein. Ich erkläre mich in diesem Fall mit der elektronischen oder postalischen Weitergabe dieser Dokumente (z.B. Röntgenbilder, Arztbriefe, Untersuchungsergebnisse etc.) einverstanden.

Ich bin bereit, den Gesamtbetrag nach Erteilung der Rechnung zu bezahlen, unabhängig von Erstattungskürzungen oder sonstigen Einwänden meiner Versicherung. Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und mir jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden nicht an Dritte abgetreten noch verpfändet.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Neustadt, den

Unterschrift