

**Nico Menne
- Zahnarzt -**

Rizzastr. 12a - 56068 Koblenz
Telefon: 0261 36670 Email: hallo@zahngesundheit-koblenz.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____

Adresse:

Tel. Privat:

Handy:

Email:

Beruf: * _____

Arbeitgeber, Ort:* _____

Tel. Arbeitsplatz:* _____

Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert: o ja o nein **Zusatzversicherung:** o ja o nein

privat versichert: o ja o nein **Basistarif:** o ja o nein **beihilfeberechtigt:** o ja o nein

Rechnungsadresse bei Privatrechnung _____

**freiwillige Angaben*

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung o von _____ Telefonbuch o

Überweisung o von _____ Internet o

Sonstiges o _____

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, planen wir Behandlungszeiten ein, die ausschliesslich für Sie bereitgestellt werden. Daher ist es wichtig, dass Sie zu Ihrem vereinbarten Termin pünktlich erscheinen. Sollten Sie zu Ihrem Termin nicht erscheinen, entsteht in unserer Praxis ein Ausfall. **Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden, bei Terminen, die für 2 Stunde oder länger angesetzt sind, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen.** Nicht eingehaltene, oder nicht fristgerecht abgesagte Termine, werden Ihnen mit EUR 250 in Rechnung gestellt.

Gerne kontaktieren wir Sie zur Erinnerung an Ihren Behandlungstermin.

Ich wünsche eine Terminerinnerung? o ja o nein

Falls ja; Per mail _____ Per Telefon: _____

(Diese Zustimmung können Sie jederzeit schriftlich oder durch mail an die Praxis widerrufen Art. 7 Abs.3 DSGVO)

Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Parodontologische Untersuchung Routineuntersuchung Beschwerden

Wurde bei Ihnen einmal eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? _____ und sind Sie in parodontaler Nachsorge? ja nein

Wer ist/war der behandelnde Zahnarzt? _____

Tragen Sie eine Knirscherschiene? ja nein

Was ist Ihrer Meinung nach das größte Problem an Ihren Zähnen?

Welche Erwartungen haben Sie an unsere Praxis?

Haben/Hatten Sie eine der unten aufgelisteten Erkrankungen/Symptomatik? Bitte ankreuzen.

- | | | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus -> HbA1c-Wert _____ |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Hohes Endokarditisrisiko |
| <input type="checkbox"/> Anämien (Blutarmut) | <input type="checkbox"/> Blutungsneigungen | <input type="checkbox"/> Einnahme von ASS/Marcumar/Xarelto |
| <input type="checkbox"/> Herpes Infektionen | <input type="checkbox"/> Atmung/Bronchitis | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Glaukom "Grüner Star" | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Übergewicht/Adipositas |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie/Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose |
| <input type="checkbox"/> Aids/HIV Infektion positiv | <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> MRSA | |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung | Wenn ja, welche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | Wenn ja, welche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Allergie/Unverträglichkeit | Wenn ja, welche? _____ | |
- Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, in welcher Woche? _____
- Sind Sie Raucher? ja Wenn ja, seit wann? _____ Wieviel Zigaretten pro Tag? _____
- nein Wenn nein, haben Sie jemals geraucht? ja nein
- Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein
- Wenn ja, welche _____

Stehen Sie unter einer Bisphosphonat-Medikation? ja nein

Gab es bei Ihnen Komplikationen bei einer Spritze zur örtlichen Betäubung ja nein

Leiden Sie an einer gesundheitlichen Einschränkung, die hier nicht aufgeführt ist ja nein

Wenn ja, welche? _____

Ich versichere, dass die oben stehenden Angaben wahr und korrekt sind. Über Änderungen werde ich Sie informieren. Bitte sind Sie darüber informiert, dass wir gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) im Rahmen Ihrer Behandlung personenbezogene Daten von Ihnen speichern. Unsere Datenschutzerklärung '**Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten**' liegt im Lesezimmer und an unserer Rezeption aus. Der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis stimme ich zu.

Koblenz, den _____

Datum

Unterschrift

Aufklärung zur zahnärztlichen 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 Trigemini (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt.

Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie) in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (Intraligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervs (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

Es kann 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 zu Infektionen kommen. Sie sollten uns 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, so informieren Sie uns bitte.

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 dies individuell entscheiden.

Koblenz, den _____

Datum

Unterschrift