

## **Herzlich willkommen in unserer Praxis**

Um einen komplikationslosen Behandlungsablauf und eine optimale Organisation zu gewährleisten benötigen wir einige Informationen. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Falls Sie sich über eine Antwort nicht im Klaren sind, werden wir das in einem persönlichen Gespräch klären. Für Ihre gewissenhafte Mitarbeit möchten wir uns herzlichst bedanken.

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Handy: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse/

Privatkrankenkasse: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt ja ( ) zusätzlich versichert ja ( ) freiwillig versichert ja ( )

Für Privatversicherte: Basistarifversichert ja ( ) nein ( )

Ihr Beruf: \_\_\_\_\_ Ihr Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. Arbeit: \_\_\_\_\_

### **Mögliche Komplikationen**

Die nachfolgenden Hinweise beziehen sich auf **alltägliche Behandlungsmaßnahmen** (Bohren, Schleifen, Zahnziehen..), die Sie eventuell schon von früheren Behandlungen kennen. Trotz aller Sorgfalt des Zahnarztes kann es beim Zusammentreffen ungünstiger Umstände zu Komplikationen kommen. Die wichtigsten werden nachstehend aufgeführt.

Ist die Behandlung schmerzhaft, so wird sie meist in örtlicher Betäubung durchgeführt. In äußerst seltenen Fällen können durch die Einspritzung des Betäubungsmittels Nerven geschädigt werden; die dadurch verursachte länger dauernde Gefühllosigkeit im betäubten Bereich bildet sich in der Regel zurück.

Bei der Arbeit mit den zahnärztlichen Instrumenten kann es, insbesondere beim Bohren u. Schleifen zu Nebenverletzungen der Schleimhaut und seltener des Knochengewebes kommen, die meist harmlos sind und von selbst abheilen.

Blutungen u. Nachblutungen kommen durch örtliche Behandlungsmaßnahmen meist schnell zum Stehen. Komplikationen können sich jedoch bei Blutungsneigung (Blutgerinnungsstörung) ergeben.

Es kann vorkommen, dass der Patient einen gezogenen Zahn, eine Zahnfüllung, eine Krone oder ein kleines Instrument verschluckt oder einatmet. Im ersten Fall genügt meist Überwachung. Werden Fremdkörper eingeatmet, so müssen sie durch den Arzt entfernt werden.

Bei allen körperlichen Eingriffen, die mit einer Verletzung von Schleimhaut oder Knochen verbunden sind, wie z.B. beim Zahnziehen, kann es zu Entzündungen und äußerstenfalls zu einer allgemeinen Blutvergiftung kommen. In der Regel lassen sich Entzündungen heute durch örtliche und medikamentöse Behandlungen (z.B. Antibiotika) gut beherrschen.

### **Zu Ihrer Information u. unserer juristischen Absicherung ein paar Erklärungen.**

1. Eine Anästhesie (Betäubungsspritze) oder auch Schmerz und Beruhigungsmittel können die Reaktionsfähigkeit und Sicherheit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Sie sollten deshalb danach Keine Kraftfahrzeuge steuern, auch kein Fahrrad benutzen.
2. Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werden von mir unverzüglich weitergegeben.
3. Für fest reservierte Termine, die ohne Absage nicht eingehalten werden, behalten wir es uns vor, eine Ausfallgebühr zu berechnen

## Fragebogen zum Gesundheitszustand

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja ( ) Nein ( )  
Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt (Name, Tel.): \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente/Materialien?  
(Penicillin, Jod, Aspirin, Latex) Ja ( ) Nein ( )

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja ( ) Nein ( )

Haben Sie Asthma ( ) oder Heuschnupfen ( ) ?

Haben Sie eine/n Herzerkrankung/Herzschwäche/Herzschrittmacher? Ja ( ) Nein ( )

Haben Sie Kreislaufprobleme (zu hoher/zu niedriger Blutdruck)? Ja ( ) Nein ( )

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? Ja ( ) Nein ( )

Leiden Sie an einer Stoffwechselerkrankung?  
Diabetes ( ) Schilddrüsenerkrankung ( )  
Magen-Darmerkrankung ( ) Rheuma ( )

Leiden Sie an Hepatitis/Aids/Tuberkulose? Ja ( ) Nein ( )

Sind Sie in letzter Zeit geröntgt worden? Ja ( ) Nein ( )

Falls ja, wann und welcher Körperbereich \_\_\_\_\_

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja ( ) Nein ( )

Was ist der Grund Ihres heutigen Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie darüber informiert zu werden, was an neuen und besseren zahnmedizinischen Leistungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen nicht oder nur teilweise von der Kasse übernommen werden Ja ( ) Nein ( )

**Ich bin einverstanden, dass meine Daten zu Dokumentations- und Abrechnungszwecken digital gespeichert und verarbeitet werden, sowie Krankenkassen und KZVB zur Verfügung gestellt werden. Daten können auch von unseren IT-Providern IDK und Compugroup sowie unserer juristischen Vertretung RA Ohnesorge/Kummer und Kollegen eingesehen werden. Nicht mehr benötigte Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist gelöscht.**

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben, sowie die Kenntnisnahme und/oder Bereitschaft zu den angebotenen Maßnahmen.**

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Datum

Unterschrift des/r Patient/in, Eltern/Betreuer