

Anmeldung

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir bitten Sie, uns zunächst diesen Anmeldebogen mit Ihren persönlichen Daten auszufüllen.

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Dafür haben wir einen separaten Gesundheitsfragebogen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Daten werden für Verwaltungsaufgaben der Praxis Dres. Häßelbarth elektronisch gespeichert.

Wichtiger Hinweis

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Daten, insbesondere Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

Sollten Fragen beim Ausfüllen des Formulars auftreten, helfen wir Ihnen gerne.

Patientendaten:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
geboren am:	<input type="text"/>		
<i>Wohnort:</i>			
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Straße und Nr.:	<input type="text"/>		
<i>abweichende Rechnungs- oder Kontaktadresse:</i>			
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Straße und Nr.:	<input type="text"/>		
Telefon - privat:	<input type="text"/>		
Telefon - geschäftlich:	<input type="text"/>		
Handy:	<input type="text"/>		
Fax:	<input type="text"/>		
e-mail-Adresse:	<input type="text"/>		
Beruf:	<input type="text"/>		
Arbeitgeber:	<input type="text"/>		

Krankenkasse / Versicherung:

Ihre Krankenkasse/Versicherung:	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung, wenn ja, welche:	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe, wenn ja, welche:	<input type="text"/>	

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen):

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
geboren am:	<input type="text"/>	Verwandtschaftsverhältnis:	<input type="text"/>
<i>Wohnort:</i>			
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Straße und Nr.:	<input type="text"/>		

Anmeldung und Fragen zu Ihrer Gesundheit

Hinweis: Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

Sollten Fragen beim Ausfüllen des Formulars auftreten, helfen wir Ihnen gerne.

Patientendaten:

Name:

Vorname:

Gesundheitsfragen:

- Leiden Sie an einer Herzerkrankung? Ja Nein
- Leiden Sie an niedrigem Blutdruck? Ja Nein
- Leiden Sie an hohem Blutdruck? Ja Nein
- Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen? Ja Nein
- Nehmen Sie Marcumar, ASS, sonst. Blutverdünner? Ja Nein
- Blutungsneigung / Bluterkrankung Ja Nein
- Leiden Sie unter Rheuma? Ja Nein
- Sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung? Ja Nein
- Leiden Sie an Diabetes (Zucker)? Ja Nein
- Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein
- Leiden Sie an einer Lebererkrankung (Hepatitis)? Ja Nein
- Leiden Sie an einer Lungenerkrankung / Asthma? Ja Nein
- Leiden Sie an einer Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung? Ja Nein
- Leiden Sie an Epilepsie? Ja Nein
- Leiden Sie unter Osteoporose? Ja Nein
- Bekommen Sie regelmäßig eine Infusion? Ja Nein
- Würden Sie sich als nervös oder stressanfällig bezeichnen? Ja Nein

Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, diese bitte hier angeben:

Wenn Sie unter Allergien leidet, worauf?

Haben Sie sonstige Erkrankungen? Ja Nein

wenn ja, welche

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, warum?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? Ja Monat: Nein

Sind Sie Raucher? Ja Zigaretten/Tag: Nein

Behandlungsbedingte Informationen:Leiden Sie an Zahnfleischbluten Ja NeinLeiden Sie an Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen? Ja NeinHaben Sie Kiefergelenkbeschwerden? Ja NeinKnirschen oder Pressen Sie mit Ihren Zähnen? Ja NeinIhr Behandlungswunsch: **Kostenoptimierte Therapie**

Ich möchte hochwertig aber möglichst kostengünstig behandelt werden und nehme bewusst in Kauf, dass ich auf einige moderne Behandlungsmethoden verzichten muss.

Berücksichtigen Sie dies bei der Therapieplanung.

Sind im Rahmen der Therapie Zahlungen Ihrerseits notwendig, werden wir Sie **vor** der entsprechenden Behandlung über die Höhe der Kosten unterrichten.

 Qualitätsoptimierte Therapie

Ich wünsche eine höchstwertige Therapie unter Einbeziehung aller relevanten Möglichkeiten der modernen Zahnheilkunde.

Nicht nur Langlebigkeit sondern auch Komfort, höchstwertige Materialien sowie ästhetische und funktionelle Aspekte sollen Berücksichtigung finden.

Sind im Rahmen der Therapie Zahlungen Ihrerseits notwendig, werden wir Sie **vor** der entsprechenden Behandlung über die Höhe der Kosten unterrichten.

spezielle Behandlungswünsche:Wünschen Sie eine Professionelle Zahnreinigung? Ja NeinHätten Sie gerne weiße Zähne durch Bleaching? Ja NeinSind Sie an einer Amalgamsanierung interessiert? Ja NeinWünschen Sie zahnfarbene Füllungen? Ja NeinSonstiges?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Ortsnähe Branchenbuch Zufall auf Empfehlung, durch:

Bitte denken Sie daran, dass nach umfangreichen zahnärztlichen Eingriffen evtl. die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt ist. Bitte benutzen Sie in diesem Fall die öffentlichen Verkehrsmittel oder sorgen Sie für eine Begleitperson.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden, bei Terminen, die für 1 Stunde oder länger angesetzt sind, mindestens 48 Stunden vorher, abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend informiert.

Ich habe alle Fragen vollständig beantwortet und bin mit den o. g. Regelungen einverstanden.

Datum:

 Unterschrift

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Name: Vorname:

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 Trigeminus (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 Nerven (Leitungsanästhesie) platziert.

Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt 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. Sie sollten Ihren Zahnarzt 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. Meist empfindet der Patient dies als kribbeln oder Brennesel brennen oder beschreibt die betroffene Region als pelzig. Andere nehmen es wie eingeschlafen oder als abgeschwächte Form der vollständigen Betäubung war. Ist nach 1 Jahr das normale Gefühl nicht zurückgekehrt, muss von einer bleibenden Gefühlsbeeinträchtigung ausgegangen werden. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Diese kann sich über Monate bis zu 1 Jahr erstrecken.

Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

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.

Bitte eine Alternative auswählen

<input type="checkbox"/> Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.	<input type="checkbox"/> Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.	<input type="checkbox"/> Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.	<input type="checkbox"/> Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden
---	--	---	--

Datum:

Unterschrift