

# Anmeldung

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie zunächst diesen Anmeldebogen mit Ihren persönlichen Daten aus.

Bevor wir ausführlich über Ihre zahnmedizinischen Wünsche sprechen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Informationen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Diese sind entscheidend für eine sichere und individuell abgestimmte Behandlung. Hierfür steht Ihnen ein separater Gesundheitsfragebogen zur Verfügung.

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Daten werden für die Verwaltungsaufgaben der Zahnarztpraxis Dr. Häßelbarth elektronisch gespeichert. Detaillierte Informationen zur Erfassung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf der nächsten Seite.

## 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:  Vorname:

geboren am:

Wohnort:

PLZ:  Ort:

Straße und Nr.:

abweichende Rechnungs- oder Kontaktadresse:

PLZ:  Ort:

Straße und Nr.:

Telefon - privat:

Telefon - geschäftlich:

Handy:

Fax:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

### Krankenkasse / Versicherung:

Ihre Krankenkasse/Versicherung:

gesetzlich versichert     Zusatzversicherung, wenn ja, welche:

privat versichert     Beihilfe, wenn ja, welche:

### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen):

Name:  Vorname:

geboren am:  Verwandtschaftsverhältnis:

Wohnort: PLZ:  Ort:

Straße und Nr.:

## Informationen zur Erfassung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir verpflichten uns, mit Ihren persönlichen Daten sorgsam umzugehen. Die Daten, die Sie uns im Rahmen der zahnmedizinischen Behandlung anvertrauen, werden von uns nur genutzt, um Ihnen die bestmögliche (zahn-)medizinisch notwendige Behandlung zu ermöglichen. Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung erfassen wir in unserer Praxis personenbezogene Daten und speichern diese. Dabei wird in unseren EDV-Systemen u. a. Ihr Name, Ihre Anschrift, das Geburtsdatum und notwendige Informationen zum Zahnstatus und der geplanten bzw. erfolgten Behandlung aufgenommen (personenbezogene Daten).

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>

Die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten ist gemäß Art. 6 Abs. 1 b Europäischer Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) und Art. 9 Abs. 2 h EU-DSGVO notwendig und zulässig.

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten z. B. an die Kassenzahnärztliche Vereinigung, Ihre Krankenversicherung, an die Unfallversicherung, den medizinischen Dienst der Krankenkassen erfolgt nur, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, die Weitergabe im Rahmen unseres Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben.

Die von uns gespeicherten Daten werden gelöscht, wenn Sie für den Zweck der Erhebung, Speicherung und Verwendung nicht mehr benötigt werden oder gesetzliche Aufbewahrungspflichten z. B. im Rahmen der Patientenrechte, der Röntgenverordnung oder vor dem Hintergrund von möglichen Gewährleistungs- oder Haftungsansprüchen nicht mehr bestehen.

Auf Grundlage der EU-DSGVO können Sie uns gegenüber – beschränkt z. B. durch gesetzliche Fristen oder Rechte – auf Berichtigung und Löschung Ihrer Daten bestehen, Auskunft über die von uns gespeicherten Daten verlangen bzw. die Datenverarbeitung und Datenweitergabe einschränken.

Im Rahmen einer prothetischen Versorgung (Zahnersatz) werden personenbezogene Daten von der Zahnarztpraxis Dr. Häßelbarth, Müllerstrasse 70c, 13349 Berlin an ein Dentallabor gesendet.

Aktuell arbeiten wir mit folgenden Dentallaboren zusammen:

- Dentallabor Kurkowski & Brehmer, Hönowe r Straße 29, 12623 Berlin
- Dentallabor Ernst-M. Günther KG, Ruschestraße 103, 10365 Berlin
- Dentallabor Güstrow GmbH, Speicherstraße 8, 18273 Güstrow

Die Weitergabe der Daten an das Dentallabor sowie die Speicherung und Verarbeitung der Daten durch das Dentallabor ist für die Planung, Herstellung und Abrechnung der Leistungen Ihres Zahnersatzes erforderlich. Einige Arbeitsschritte Ihrer zahntechnischen Arbeit können in digitaler Fertigung erfolgen. Hierzu werden ggf. Konstruktionsdaten oder Modelle pseudonymisiert an ein Fräszentrum weitergegeben.

Folgende Daten können übermittelt werden:

- Name, Geschlecht, Alter oder Geburtsjahr, Versicherungsstatus
- Zahnstatus, Art und Umfang der geplanten oder beauftragten zahntechnischen Arbeit
- Versorgungsart: Regel, gleichartige- und andersartige Versorgung, XML-Nummer
- Abdrücke der Zähne und der Kiefer, Modelle, Zahnfarbe
- Fotos

Sollten Sie mit der Erfassung und Verarbeitung Ihrer Daten nicht einverstanden sein, oder vermuten Sie einen Verstoß gegen das Datenschutzrecht, dann sprechen Sie uns bitte an. Auch steht Ihnen die Beschwerde beim Landesbeauftragten für Datenschutz in Berlin offen:

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit: Friedrichstr. 219, 10969 Berlin

Ihre Zahnarztpraxis Dr. Häßelbarth

## Fragen zur Gesundheit und allgemeine Aufklärung

**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

bitte wenden →

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.

 **Qualitätsoptimierte Therapie**

Ich wünsche eine höchstwertige Therapie unter Einbeziehung aller relevanten Möglichkeiten der modernen Zahnheilkunde. Langlebigkeit, Komfort, höchstwertige Materialien sowie ästhetische Aspekte sollen Berücksichtigung finden.

spezielle Behandlungswünsche:Wünschen Sie eine Professionelle Zahnreinigung? Ja   NeinHätten Sie gerne weiße Zähne durch Bleaching? Ja   NeinSind Sie an einer Amalgamsanierung interessiert? 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 und Behandlungen unter lokaler Betäubung 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.

Um sicherzustellen, dass Sie Ihre vereinbarten Termine nicht verpassen, senden wir Ihnen rechtzeitig eine Erinnerung per E-Mail oder SMS. Diese Methode hat sich als besonders hilfreich erwiesen, um eine reibungslose Terminplanung zu gewährleisten. Sollten Sie keine Erinnerungen auf diesem Weg wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

**Ich habe meine persönlichen Daten vollständig angegeben, die Informationen zur Erfassung personenbezogener Daten verstanden, alle Gesundheits- und Allgemein-Fragen beantwortet und erkläre mich mit den oben genannten 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 Kaumuskeln 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.

**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. 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