

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren aktuellen Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Diese sind wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Patientendaten

Vor- und Zuname	Geboren am
Straße + Hausnummer	Geburtsort
PLZ, Ort	Telefon (privat)
E-Mail	Telefon (mobil)
Hausarzt + Ort	Telefon (geschäftlich)

Für Rücksprachen

Wie sind Sie am besten erreichbar? Telefon Handy Mail
 Wann sind Sie am besten erreichbar? 08:00 Uhr – 12:00 Uhr 14:00 – 18:00 Uhr

Krankenversicherung

gesetzlich versichert: privat versichert / Basistarif:
 Zusatzversicherung: beihilfeberechtigt:

Familienversichert

Vor- und Zuname <u>des Versicherungsnehmers</u> :	Geboren am:
Straße:	PLZ, Ort:

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger:

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung)

die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Ort, Datum: _____ Erziehungsberechtigte/r: _____

Bitte Rückseite beachten!

Allgemeine Fragen

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?	<input type="radio"/> Google <input type="radio"/> Persönliche Empfehlung <input type="radio"/> Sonstiges
Was ist Ihr Anliegen?	<input type="radio"/> Kontrolle <input type="radio"/> Prophylaxe <input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> Zahnersatz <input type="radio"/> Sonstiges
Wurden in den letzten 12 Monaten OP's durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja _____ <input type="radio"/> Nein
Wann war die letzte zahnärztliche Röntgenaufnahme?	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> Ja, Monat: _____ <input type="radio"/> Nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	<input type="radio"/> Ja, seit: _____ <input type="radio"/> Nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei einer Krebsbehandlung?	<input type="radio"/> Ja, seit: _____ <input type="radio"/> Nein
Allergiepass vorhanden? (falls ja, bitte an der Anmeldung abgeben)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Implantatpass vorhanden? (falls ja, bitte an der Anmeldung abgeben)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Bitte Rückseite beachten!

Gesundheitsfragen – bitte kreuzen Sie zutreffendes an

Herz/Kreislauf	Infektiöse Erkrankungen	Nerven, Gefäße
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C	<input type="checkbox"/> Lähmungen
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Depressionen
<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Covid 19	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Thrombose
<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen	Augen	<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
<input type="checkbox"/> Endokarditis	<input type="checkbox"/> Grüner Star	<input type="checkbox"/> Angstzustände
<input type="checkbox"/> Angina Pectoris („Brustenge“)	<input type="checkbox"/> Grauer Star	
<input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle		

Blut	Stoffwechsel	Sonstiges
<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Diabetes mell. Typ I	<input type="checkbox"/> Rauchen
<input type="checkbox"/> Nachbluten bei Operationen	<input type="checkbox"/> Diabetes mell. Typ II	<input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit
Skelettsystem	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Alkoholabhängigkeit
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Hashimoto	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Bisphosphonate		
<input type="checkbox"/> Muskelerkrankung		

Allergien bzw. Unverträglichkeiten	Wenn ja, nennen Sie bitte das Produkt
<input type="checkbox"/> Lokalanästhesie:	
<input type="checkbox"/> Antibiotikum:	
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel:	
<input type="checkbox"/> Metalle:	
<input type="checkbox"/> Latex (Handschuhe) / Pflaster:	
<input type="checkbox"/> Sonstige Unverträglichkeiten:	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein	
<input type="checkbox"/> Herzmedikamente:	
<input type="checkbox"/> Cortison:	
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel:	
<input type="checkbox"/> Blutverdünner:	
<input type="checkbox"/> Antidepressiva:	
<input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente:	

Bitte Rückseite beachten!

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrations-anästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervens (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.
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, 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.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen und **vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen.**

Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten, die auf meiner Krankenversicherungskarte gespeichert sind, und meine Daten zu Diagnose und Therapie in der Praxis, Dr. Thilo Sehn, Bahnhofstraße 15, 76437 Rastatt, gespeichert und verarbeitet werden. Die Informationen zur Speicherung der Personenbezogenen Daten sind gem. Art. 13 und 14 DSGVO (AA-09.1).

Ort, Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung Terminerinnerung per SMS oder E-Mail – Freiwillig!

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich meine **Terminbestätigung per SMS oder E-Mail** erhalte.

Meine Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift