

## Anmeldung/ Anamnese

Herzlich willkommen in unserer Praxisklinik.

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir arbeiten nach Bestellsystem. Das bedeutet für Sie in der Regel geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis.

Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können. So sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen wie z.B. akuten Schmerzen, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich versicherter Patient müssen Sie uns unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da wir ansonsten die Kosten privat in Rechnung stellen müssen. Sie haben als gesetzlich versicherter Patient die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Versichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gem. § 13 SGB V (Kostenerstattung).

### Patient/-in

Name	Vorname	Geb.
------	---------	------

### Anschrift

Straße/Hausnr.	E-mail	Geburtsort
----------------	--------	------------

Postleitzahl/Ort	Telefon	Mobil
------------------	---------	-------

### Mitglied/ Zahlungspflichtige/-er

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

### Anschrift

Straße/Hausnr.	E-mail
----------------	--------

Postleitzahl/Ort	Telefon	Mobil
------------------	---------	-------

### Name des Kostenträgers (Krankenkasse o. Versicherung)

--

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert       | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert.              | <input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung gewählt nach § 13 SGB V      |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert   | <input type="checkbox"/> Ich bin Standard-/Basistarif versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert.                                  |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt      |  | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt.<br>(Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert |  |   |

### Beruf des Patienten:

Arbeitgeber
-------------

Für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Haben/hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeld-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie in diesem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zusammenhang Bisphosphate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihr Hausarzt:

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Bestehen Allergien?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?
Haben Sie einen Allergiepass?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Marcumar?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lähmungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Blutdruck	Niedrig <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Hoch <input type="checkbox"/>	ggfs. Werte:
-----------	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	--------------

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	ggfs. welche?
------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	---------------

Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--------------	-----------------------------	-------------------------------

Bestehen Suchtkrankheiten ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	ggfs. welche?
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	---------------

Besteht eine Schwangerschaft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ungewiss <input type="checkbox"/>	ggfs. wievielte Woche?
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	------------------------

Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Art der Verletzung
Sonstige Angaben / Krankheiten?			

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann!

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/CT?	Datum/Körperteil?
---	-------------------

Haben Sie ein Bonusheft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--------------------------	-----------------------------	-------------------------------	---	-----------------------------	-------------------------------

Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
--

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.

Datum	Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter
-------	---

### Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie – örtliche Betäubung

Die zahnärztliche Lokalanästhesie ( örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich, Durch sie können die notwendigen Behandlungen ( z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen etc. ) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus mit Gefühl versorgt. Um diese Nerven zu betäuben, wird das Lokalanästhetikum möglichst dicht an kleine Nervenfasern ( Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und die 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 Infektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen. Sie sollten uns 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-/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 abgeklungen sein, informieren Sie uns.

**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, Wange, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

### **Die Aufklärung habe ich verstanden.**

- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte dies jeweils von Fall zu Fall nach Beratung durch den Zahnarzt entscheiden.

Ort, Datum

Unterschrift

### Terminvereinbarung

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher führen wir unsere Praxis nach einem Bestellsystem. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Behandlungstermine nicht einhalten, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. **Bei Präparationsterminen im Zusammenhang mit Kronen oder Zahnersatzarbeiten und bei Terminen für die professionelle Zahnreinigung bitten wir um Absage spätestens 2 Arbeitstage im Voraus.** Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, **wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorhergesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB auf der Basis unserer Kostenstruktur in Rechnung gestellt werden.** Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.

Ort, Datum

Unterschrift