

Familienname/Vorname: _____

Geb.Datum: _____ () w / () m / () d

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel: _____ Mobil: _____ Email: _____

Kranken-Kasse: () gesetzlich () privat

Zahn-Zusatzversicherung: ja () / nein ()

Beruf: _____

Zahnarzt: _____ Hausarzt: _____
Name / Ort Name / Ort

Bei Familienversicherten Name des Hauptversicherten / Geb.Datum, Adresse / Tel-Nr.:

Die Kenntnis bestehender Vorerkrankungen ist für eine komplikationslose Behandlung unbedingt notwendig. Daher bitten wir Sie die folgenden Fragen vollständig zu beantworten.

Nehmen Sie ständig Medikamente, **wenn ja, welche?** ja () nein ()
(ggf. Medikamentenplan vom Hausarzt vorlegen, oder hier aufschreiben)

Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen, **wenn ja, welche?**

Schlaganfall ja () nein ()
Zuckerkrankheit (Diabetes) ja () nein ()
Schilddrüsenerkrankung ja () nein ()
Anfallsleiden (Epilepsie) ja () nein ()
Nierenerkrankung (Dialyse) ja () nein ()
Lungenerkrankung (Asthma) ja () nein ()
Rheuma ja () nein ()
Krankheit-Jacob-Creutzfeld (CJK oder vCJK) ja () nein ()

Tuberkulose ja () nein ()
Neigen Sie zu Nachblutungen/blauen Flecken?
ja () nein ()

Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente
(welche: _____) ja () nein ()

Nehmen Sie Bisphosphonate zur Behandlung von Osteoporose ja () nein ()
Wenn ja, wieviel mg/Tag _____

Gab es Komplikationen nach der örtlichen Betäubung bei Ihrem Zahnarzt? ja () nein ()

Besteht eine Allergie? ja () nein ()
wenn ja, wogegen: _____

Blutdruck: → Niedrig () normal () hoch ()

Herzkrankheiten, zB.: (Endokarditis ja () nein ()

Wenn ja, welche: _____

Herzinfarkt, wann: _____

Herz-OP / Herz-Schrittmacher: ja () nein ()

wenn ja, wann: _____

Besitzen Sie einen Herzpass: ja () nein ()

Lebererkrankung: ja () nein ()

Wenn ja, welche: _____

Blutkrankheit: ja () nein ()

Wenn ja, welche: _____

Infektionskrankheiten ja () nein ()

Wenn ja, welche: () HIV / AIDS, () Hepatitis, () MRSA

Rauchen Sie? ja () nein () Zigarettenkonsum/Wieviel am Tag: _____

Cannabis Konsument ? ja () nein () wieviel am Tag: _____

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja () nein (), wenn Ja, welche Woche/Monat? _____

Informationen über die örtliche Betäubung (zahnärztliche Lokalanästhesie)

Die zahnärztliche Lokalanästhesie dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, und Kieferbereich. Durch sie können die notwendigen chirurgischen Behandlungen wie z.B. Implantate, Knochenaufbau, Wurzelspitzenresektionen, Extraktionen und sonstige Operationen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion von einem Hirnnerv (Nervus Trigemini) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben wird die Lokalanästhesie an folgenden Stellen injiziert:

- An der Schleimhaut die den Zahn umgibt
- Im Unterkiefer in der Region des Hauptnervs, Nervus Mandibularis

Die Lokalanästhesie ist ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung, dennoch können Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten auftauchen.

Mögliche Komplikationen:

- **Bluterguss (Hämatom)**

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße im Zahnfleisch können Blutungen in das umliegende Gewebe eintreten. Bei Einblutung in einen Kaumuskel infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und/oder Schmerzen, in seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

- **Nervschädigung**

Bei der Leitungsanästhesie im Unterkiefer kann es in seltenen Fällen zu einer Irritation der Nervfasern kommen. Hierdurch sind vorübergehende, selten auch dauerhafte Gefühlsstörungen möglich.

- **Selbstverletzung**

Durch die lokale Betäubung sind meist auch die umliegenden Weichteile wie Zunge, Wange, Lippe mit betäubt. Bitte verzichten Sie, solange das Taubheitsgefühl anhält, auf die Nahrungsaufnahme.

- **Verkehrstüchtigkeit**

Infolge einer örtlichen Betäubung und der chirurgischen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist teilweise auf die Zusammensetzung der Lokalanästhesie, aber auch auf die Verfassung des Patienten (Stress, Angst vor und nach der Behandlung) zurückzuführen.

Wir empfehlen nach einer Behandlung mit einer örtlichen Betäubung nicht aktiv am Straßenverkehr teilzunehmen und deswegen idealerweise eine Begleitperson mitzubringen.

Hiermit versichere ich, dass ich die Informationen zur örtlichen Betäubung und die dadurch möglichen Komplikationen aufmerksam und komplett durchgelesen habe, sowie alle mich interessierende Fragen geklärt wurden. Außerdem versichere ich, dass ich alle Angaben zu meiner Person und zur Krankengeschichte vollständig und richtig ausgefüllt habe.

Datenschutz

Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Hiermit versichere ich, dass ich die Informationen zur örtlichen Betäubung und die dadurch möglichen Komplikationen aufmerksam und komplett durchgelesen habe, sowie alle mich interessierende Fragen geklärt wurden. Außerdem versichere ich, dass ich alle Angaben zu meiner Person und zur Krankengeschichte vollständig und richtig ausgefüllt habe.

Sie haben sich in der oralchirurgischen Praxis **Dr. Korsch am Wasserturm** zu einem Termin vorgestellt.
Wir bitten Sie, von unseren allgemeinen Geschäftsbedingungen in unserer Praxis, **privatzahnärztlichen Leistungen (Selbstzahler) im Bereich der Chirurgie** nachfolgend Kenntnis zu nehmen:

Vereinbarte Termine sind einzuhalten, oder frühzeitig abzusagen:

- Implantat-Beratung,- und Untersuchung (mindestens 3 Werktage).
- Chirurgische Eingriffe (mindestens 5 Werktage), Kosten je nach Endpreis des chirurgischen Eingriffes.

Bei Nichteinhaltung, bzw. unangekündigten Ausfallterminen oder Absagen von weniger als 3, beziehungsweise 5 Werktagen sind wir berechtigt Ihnen eine „Ausfallgebühren“ in Rechnung zu stellen.

Betrifft Beratung,- u. Untersuchung sowie chirurgische Behandlungsformen aller Art in unserer Praxis:

Bei **Nichteinhalten** von vereinbarten **o.g. Terminen, ohne Absage** stellen wir den kompletten Rechnungsbetrag der geplanten Beratung/ oder Behandlung.

Bei Absage innerhalb von 24 Std. vor dem vereinbarten Termin, wird der komplette Betrag in Rechnung gestellt, falls die geplante Behandlungszeit nicht wieder anderweitig vergeben werden kann.

OP-Termine:

Bei kurzfristigen Absagen, weniger als 2 Tage vor dem Eingriff, müssen wir eine Stornierungsgebühr von 50% des vereinbarten Behandlungshonorars erheben.

- Nichteinhaltung Implantat-Beratung,- und Untersuchungstermin => Ausfallgebühr: 120,-€
- Nichteinhaltung chirurgische Eingriffe => Ausfallgebühr: bis zu 480,-€
(je nach Kosten des chirurgischen Eingriffes)

Ein ärztliches Attest entbindet von der **Ausfallpauschale nur, wenn ein Ausweichtermin** für die vorgesehene Behandlung vereinbart wird.

Ich habe keine weiteren Fragen mehr und gebe hiermit durch meine Unterschrift mein Einverständnis.

Datenschutz

Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Hiermit versichere ich, dass ich die Informationen zur örtlichen Betäubung und die dadurch möglichen Komplikationen aufmerksam und komplett durchgelesen habe, sowie alle mich interessierende Fragen geklärt wurden. Außerdem versichere ich, dass ich alle Angaben zu meiner Person und zur Krankengeschichte vollständig und richtig ausgefüllt habe.

Patienten-Name/ leserlich/Druckbuchstaben _____

Mannheim, den: _____
Datum

Unterschrift des Patienten/Erzieh. Berechtigter
- bei Kindern unter 18 Jahren, Unterschrift des Elternteil -