

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Leiden Sie an...

Herz/Kreislauf:

- Herzfehler
 - Angina pectoris
 - Herzinfarkt
 - Herzmuskelentzündung
 - Herzklappenentzündung
 - Künstliche Herzklappe
 - Herzschrittmacher
 - Hoher Blutdruck
 - Niedriger Blutdruck
 - Rhythmusstörungen
 - Herzschwäche
 - Bypass
- oder: _____

Gefäße:

- Schlaganfall
 - Durchblutungsstörungen
 - Krampfadern
 - Thrombosen
- oder: _____

Atemwege/Lunge:

- Asthma
 - Lungenentzündung
 - Tuberkulose
 - Chronische Bronchitis
 - Lungenblähung
 - Schlafapnoe
 - Schnarchen Sie?
- oder: _____

Leber:

- Gelbsucht
 - Leberverhärtung
 - Fettleber
 - Gallensteine
 - Hepatitis o A o B o C
- oder: _____

Nieren:

- Dialysepflicht
 - Nierenentzündung
 - Nierensteine
- oder: _____

Magen, Darm:

- Geschwür
- Engstelle
- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Reflux Krankheit

oder: _____

Stoffwechsel:

- Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Schilddrüsenunterfunktion
 - Schilddrüsenüberfunktion
 - Kropf
- oder: _____

Nerven/Gemüt:

- Krampfanfälle (Epilepsie)
 - Lähmungen
 - Depressionen
 - Angstzustände
 - Migräne
 - Kopfschmerzen
- oder: _____

Blut:

- Gerinnungsstörungen
 - auch bei Blutsverwandten
 - häufiges Nasenbluten
 - blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
 - Nachbluten nach Operationen
- oder: _____

Allergie oder/und Überempfindlichkeit gegen:

- Heuschnupfen
 - Nahrungsmittel
 - Fruchtzucker
 - Medikamente
 - Jod
 - Pflaster
 - Latex
- oder: _____

- Sind Sie schwanger?
Welche Schwangerschaftswoche?
- _____

Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison
 - Zustand nach Organtransplantation
 - AIDS
- oder: _____

- Rauchen Sie?
Wie viele durchschnittlich?
- _____

- Trinken Sie Alkohol?
 Gelegentlich
 Regelmäßig, wie viel?
- _____

Andere Erkrankungen oder Behinderungen?

Welche Medikamente Nehmen Sie ein?

Nehmen sie Bisphosphonate?

Hinweis für Patienten: Die Berechnung erfolgt nach Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Die Erstattung durch Krankenversicherung bzw. Beihilfestellen richtet sich nach Ihrem Versicherungsvertrag und den Beihilfevorschriften. Für den Fall, dass die Krankenversicherung oder Beihilfestellen die Kosten nicht oder nur teilweise erstattet, erklärt der Patient, die Kosten selbst zu tragen.

Datum :

Unterschrift:



Die Zahnärzte am Schafmarkt
Dr. Uwe Kowalski, Petra Staupendahl

Aufklärung über zahnärztliche Betäubung

Patientenname: _____

Hausarzt/Allgemeinmediziner: _____

Bei der Betäubung, die zur Schmerzausschaltung dient, kann es in seltenen Fällen zu Komplikationen kommen, die wir Ihnen gerne hier kurz erläutern möchten.

Durch Verletzungen kleinerer Gefäße können Blutungen in das umliegende Gewebe eintreten, die unter Umständen zu einer Kieferklemme, Schmerzen und Infektionen führen könnten. Ferner könnten reversible und irreversible Irritationen der Nervenfasern auftreten, die sich in Gefühlsstörungen oder Taubheit äußern. Zudem sollten Sie berücksichtigen, dass Sie gegebenenfalls reaktionsbeeinträchtigt sind und nach langen Behandlungen bzw. hohen Betäubungsdosen nicht direkt am Straßenverkehr teilnehmen sollten. Vermeiden Sie Nahrungsaufnahme oder Kaubewegungen solange die Betäubung anhält, um Biss- und Selbstverletzung zu vermeiden. Bei Rückfragen steht Ihnen das ganze Praxisteam selbstverständlich zur Verfügung. Bitte kreuzen Sie im Rahmen des Patientenschutzes folgende Option an.

- Ich habe die Aufklärung verstanden und möchte bei Bedarf entscheiden ob ich eine zahnärztliche Betäubung benötige.**

- Ich lehne jegliche Form der Betäubung ab.**

Mir ist bekannt, dass ich eine **Absagepflicht** habe.

Sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, muss ich diesen **24 Stunden vorher** absagen. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Datum und Unterschrift

bitte wenden
