

Sehr geehrte(r) Patient(in),

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig durchzulesen und vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Ihre Angaben sind freiwillig, werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Geburtsname, Vorname Patient	Wohnanschrift	Geburtsdatum und -ort
Name und Vorname gesetzl. Vertreter/ Erziehungsberechtigter / Versicherter	Geburtsdatum	Schweigepflichtentbindung gegenüber Familienangehörigen oder gewünschten Vertretern. (z.B. Ehepartnern) Name, Vorname, Geburtsdatum
Telefon privat	Handynummer	Beruf zur Zeit

Besteht oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen, Beschwerden, Befunde?

	Ja / Nein		Ja / Nein
Herzerkrankung Wenn ja welche? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörung Wenn ja, dialysepflichtig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz, Schrittmacher etc.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen Herzpass? Wenn ja, bitte legen Sie uns diesen zur Kopie vor.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rheuma, rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabetes (Zuckerkrankheit) HbA1c-Wert : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Übermäßiges Nachbluten nach Operationen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Augenerkrankung Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		mit Chemotherapie oder Bestrahlung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	Ja / Nein		Ja / Nein
Magen-Darm-Erkrankung Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche? _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bekommen Sie Infusionen zur Osteoporosebehandlung? Wenn ja, wie oft? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen Allergiepass? Wenn ja, bitte legen Sie uns diesen zur Kopie vor.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche? _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Sind Sie alkoholkrank? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Sind Sie „trockener“ Alkoholiker? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Depressionen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Leiden Sie an Zahnarztangst? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Drogen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Künstliche Gelenke oder Implantate? Wenn ja wo? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? (Falls vorhanden, Kopie Ihres Medikamentenzettels)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Name Ihres Hausarztes: _____

Letzter Zahnarztbesuch (für Neupatienten): _____ bei: _____

Weitere wichtige Informationen:

	Ja / Nein
Wurde Ihnen nach dem 2. Pflegestärkungsgesetz ein Pflegegrad zuerkannt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wurde im letzten ½ Jahr Röntgenaufnahmen im Kopf-, Kiefer-, Zahnbereich angefertigt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (lückenlose Einträge der letzten 10 Jahre)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Vorsorgetermine erinnert werden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Email

SMS

-Adresse: _____

-Handynummer: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich den Gesundheitsfragebogen sorgfältig gelesen und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Sollten sich diesbezüglich Änderungen ergeben, werde ich diese umgehend, vor der zahnärztlichen Behandlung mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

bitte aufmerksam durchlesen!

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung mit Spritze) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus, einem Hirnnerven, mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Anästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern oder dessen Hauptast platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind die Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten nicht immer vermeidbar. Unter Umständen kann es zu folgenden Komplikationen kommen:

Bluterguss (Hämatom)

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen Kaumuskel infolge der Injektion, kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen kommen. In seltenen Fällen auch zu Infektionen. 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 Anästhesie kann in seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehend bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer. Dort kann die entsprechende Unterkieferregion, Zungenhälfte oder Lippenregion betroffen sein. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach max. 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie bitte umgehend 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. Wir rufen Ihnen gern ein Taxi.

Selbstverletzung

Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichgewebe (Zunge, Wange, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bißverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich (z.B. zu heiße/ kalte Getränke).

In unserer Praxis werden wir Ihnen die örtliche Betäubung immer anbieten, wenn abzusehen ist, dass die Behandlung schmerzhaft werden kann. Sie können dann immer individuell entscheiden, ob Sie eine Spritze möchten oder nicht.

Patienteneinwilligung

Sollten Sie noch Fragen haben dann stellen Sie diese Ihrem Zahnarzt/Zahnärztin. Wenn Sie alles verstanden haben, unterschreiben Sie bitte unten.

Die Aufklärung über die Lokalanästhesie habe ich gelesen und verstanden. Im Gespräch mit meinem Behandler konnte ich alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Ich willige in die Verabreichung von Betäubungsspritzen im Rahmen zahnärztlicher Behandlungen ein. Mir ist bekannt, dass ich eine Einwilligung bis zum Beginn einer einzelnen Behandlung widerrufen kann.

Patient/ Gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum

**Vereinbarung eines Vergütungsanspruches
des Zahnarztes bei versäumten Behandlungstermin**

zwischen Frau Sylvia Hille de Barros / Robert Martin und

Herrn / Frau: _____ für Kind: _____

Sehr geehrter Patient,

Terminvereinbarungen werden in unserer Praxis so organisiert, dass der Zahnarzt mit ausreichend Zeit Ihre Behandlung durchführen kann und somit auch kein anderer Patient zur gleichen Zeit bestellt ist.

Sollte ein Termin aus nachweislich kurzfristigen oder gesundheitlichen Gründen einmal nicht wahrgenommen werden können, ist dies für uns natürlich nachvollziehbar.

Bitte haben Sie jedoch auch dafür Verständnis, dass Termine, die nicht rechtzeitig (in der Regel 24h vorher) abgesagt werden, durch uns in Rechnung gestellt werden können gemäß § 615 BGB bzw. § 280 Abs.1 BGB. Dies bedeutet:

Der Zahnarzt behält seinen Vergütungsanspruch, auch wenn der Patient in Ausnahmeverzug gerät und die Dienste nicht annimmt, obwohl der Zahnarzt sie zur rechten Zeit, am rechten Ort und in der rechten Weise anbietet.

Die Kosten werden je nach Höhe der Ausfallzeit berechnet:

30 Minuten Ausfallzeit = 50,00€ Ausfallkosten

Die Berechnung eines Ausfallhonorars entfällt im Falle unverschuldeten Nichterscheins.

Der Patient / gesetzliche Vertreter ist über den Inhalt dieser Vereinbarung informiert und bestätigt die Kenntnisnahme und sein Einverständnis mit seiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Zahnarzt