



KEPLER11

PRAXIS FÜR ZAHNMEDIZIN

Anamnesebogen Patienten

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht | |m |X|w | |d

Straße, Hausnummer

Geburtsort

Postleitzahl, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Telefon am Arbeitsplatz

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

ggf. abweichende Anschrift des/der Versicherten

☐ Gesetzlich versichert

☐ Zusatzversicherung

☐ Privat versichert

☐ Beihilfeberechtigt

Wir behandeln grundsätzlich nach den in GOZ ab Faktor 2.3 und BEMA vereinbarten Gebührenrahmen! Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Einwilligung in Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

Alle Angaben wie auch die Gesundheitsfragen unterliegen der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit.

Einwilligung zur elektronischen Patientenakte (ePA)

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Gesundheitsdaten (z. B. Befunde, Diagnosen, Behandlungsdokumentationen, Röntgenaufnahmen, Arztbriefe) gemäß § 341 SGB V in meiner elektronischen Patientenakte (ePA) gespeichert und für berechtigte Leistungserbringer zugänglich gemacht werden.

Mir ist bekannt, dass die Nutzung der ePA freiwillig ist, ich Zugriffsrechte einschränken oder widerrufen kann und ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

☒ Ja, ich stimme der Nutzung der ePA zu ☐ Nein, ich stimme der Nutzung der ePA nicht zu

Einwilligung zum Recall

Ich möchte an Ihrem Recall-Service per E-Mail teilnehmen ☒ Ja ☐ Nein. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Die Zustimmung kann jederzeit, allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Liegt ein Pflegegrad §15 SGB V/ Eingliederungshilfe § 53 SGB XII vor?

[] Ja [] Nein Wenn ja, welcher? _____

Hausarzt/Internist: _____

Schwangerschaft, welcher Monat: _____

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? Bei JA bitte ankreuzen!

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- | | |
|--|--|
| ☐ Hoher Blutdruck | ☐ Niedriger Blutdruck |
| ☐ Herzklappenerkrankung/-defekt | ☐ Herzerkrankung |
| ☐ Herzoperation | wann: |
| ☐ Herzschrittmacher | wann: |
| ☐ Schlaganfall (Apoplex) | wann: |

Infektionserkrankung:

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| ☐ HIV | ☐ Hepatitis | ☐ Tuberkulose | ☐ Creutzfeldt-Jacob-Krankheit |
|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|

Allergien / Unverträglichkeiten:

- | | |
|---|--------------------------|
| ☐ Lokalanästhetika | welcher Wirkstoff: |
| ☐ Schmerzmittel | welcher Wirkstoff: |
| ☐ Antibiotika | welcher Wirkstoff: |
| ☐ andere: | |

Weitere Erkrankungen:

- | | |
|--|---|
| ☐ Blutgerinnungsstörungen/Blutverdünner | ☐ Diabetes ° Typ 1 ° Typ 2 |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Asthma |
| ☐ Lungenerkrankung | ☐ Rheuma |
| ☐ Epilepsie | ☐ Nierenfunktionstörungen |
| ☐ Ohnmachtsneigung | ☐ Neurologische Erkrankungen |
| ☐ Psychiatrische Erkrankung | ☐ andere |

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine OP? Was genau?

Ansprechpartner/Arzt:

.....

Einnahme von Medikamenten? Welche? Medikamentenplan vorlegen!

seit wann / Wirkstoff:

.....

.....

Allgemeine Angaben:

- ☐ Veganer
- ☐ Drogenkonsum
- ☐ Raucher [☐ 0-10 [☐ über 10 Zig./Tag
- ☐ Fluoridierung (Elmex gelée)
- ☐ Alkoholgenuss [☐ selten [☐ oft [☐ regelmäßig
- ☐ Frühere Röntgenuntersuchung

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Abschließende Erklärung:

- * Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- * Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen.
- * Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, 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 Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und 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 umgehende 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 Konzentrationfähigkeit 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. Verbrennungen u Erfrierungen möglich.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

- ☐ Die Aufklärung habe ich verstanden.
Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- ☐ Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- ☐ Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- ☐ Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- ☐ Ich möchte dies individuell entscheiden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten