

Herr  Frau

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und -ort: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Krankenkasse/Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

zusatzversichert:  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Bestehen gesundheitliche Risiken? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

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

**Für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich – wie alle persönlichen Daten – der ärztlichen Schweigepflicht.**

**Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen.**

Haben Sie einen Herzschrittmacher?.....   
Blutgerinnungsstörung?.....   
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?.....

Haben Sie Zahnfleischbluten?.....   
Leiden Sie unter Mundgeruch?.....   
Leiden Sie unter Kopfschmerzen?.....   
Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt?.....

**Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?**

Heuschnupfen?.....   
Asthma?.....   
Atemnot?.....   
Hepatitis?.....   
Zuckerkrankheit?.....

Herz-Kreislauf-Erkrankung?.....   
Rheuma?.....   
Tuberkulose?.....   
Sonstiges?.....   
Blutdruck: zu hoch  zu niedrig

**Besteht eine ernsthafte Erkrankung?**  Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?.....  Welche? \_\_\_\_\_

Bekommen Sie Infusionen?.....  Welche? \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Allergie?**.....  Welche? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?**.....  Welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?.....  Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose (Bisphosphonate) ein?.....  Welche? \_\_\_\_\_

**Ich wünsche:**

- ausschließlich zu den Bedingungen meiner gesetzlichen Krankenkasse behandelt zu werden.
- gegebenenfalls, nach Aufklärung, zu den die Kassenbedingungen übersteigenden Behandlungsmethoden zuzuzahlen.
- nach den umfassenden zahnmedizinischen Behandlungsmethoden behandelt zu werden.
- an die 1/2-jährigen Zahnarztgrunduntersuchung erinnert zu werden, dieses gegebenenfalls auch per Mail.

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von mir gemacht werden dürfen, dass eventuelle Röntgenbilder per E-Mail verschickt werden, meine erhobenen Daten mehr als 10 Jahre aufbewahrt werden dürfen und ich telefonisch, per SMS, WhatsApp oder per E-Mail kontaktiert werden darf. Termine, die ich nicht einhalten kann, werde **ich spätestens 24 Stunden vorher** absagen, da mir sonst die entstandenen **Kosten** in Rechnung gestellt werden können.

Meine erhobenen Patientendaten / Unterlagen dürfen im Falle von Vertretung / Weiterbehandlung innerhalb unserer Praxismgemeinschaft weitergegeben werden.

**Hiermit bestätige ich, dass sich an meinen Anmelde-daten, sowie an meinem Gesundheitszustand zum Vorjahr nichts geändert hat und ich über die örtliche Betäubung aufgeklärt wurde.**

**X Datum, Unterschrift** \_\_\_\_\_

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: \_\_\_\_\_

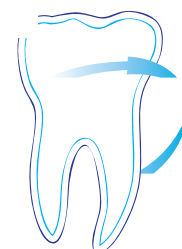
Adresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie beihilfeberechtigt durch öffentlichen Dienst?  ja  nein

**Bitte lassen Sie uns Ihre Angaben unterschrieben zukommen.**

Ich bestätige, vorstehende und zusätzliche Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

**X Datum, Unterschrift** \_\_\_\_\_



**bitte wenden**

Sollten bei Ihnen folgende Besonderheiten vorliegen oder zutreffen, informieren Sie uns bitte!

- Allergien, Krankheiten, Schwangerschaften
- Regelmäßige Einnahme von Medikamenten
- Frühere Probleme mit Betäubungen oder Narkosen
- Starke Angst vor Spritzen

#### Vorbereitungen:

- Grundsätzlich sollten Sie ausreichend Nahrung und Flüssigkeit zu sich genommen haben.
- Die regelmäßige Einnahme ihrer täglichen Medikamente sollte nicht unterbrochen werden (Informieren Sie uns bitte über die Einnahme von Aspirin und anderen blutverdünnenden Medikamenten)

**Achtung:** Die Fahrtauglichkeit ist eingeschränkt.

#### Ablauf:

- Im Normalfall werden Sie beim Einspritzen einen leichten Druck oder Schmerz verspüren.
- Es könnten nach dem Einspritzen leichte körperliche Missempfindungen auftreten, die in der Regel nach ca. 5 Minuten verschwinden.
- Einige Minuten nach dem Einspritzen werden Sie ein leichtes Kribbeln und ein Taubheitsgefühl verspüren.
- Sollten Sie trotz allem während der Behandlung im Anschluss noch Schmerzen verspüren, sprechen Sie uns an!

#### Wirkungsdauer:

Je nach Art der Betäubung kann die Wirkungsdauer von 30 Minuten (Betäubung einzelner Zähne und kleinerer Zahngruppen) bis zu 4 Stunden (Betäubung des Unterkiefers, halbseitig) andauern.

#### Nach der Behandlung:

- Ihre Konzentrationsfähigkeit kann nach einer örtlichen Betäubung eingeschränkt sein, bitte verzichten Sie danach auf das Führen und Bedienen von Fahrzeugen oder Maschinen.
- Bitte warten Sie mit der Nahrungsaufnahme bis die Wirkung nachlässt.
- Bei einer Wirkdauer von mehr als 6 Stunden nach der Behandlung melden Sie sich bitte erneut bei uns!

#### Mögliche Beschwerden:

- Die Einstichstelle kann eine Zeit lang schmerzen und die Mundöffnung kann leicht eingeschränkt sein.
- Durch gefäßverengende Zusätze im Betäubungsmittel können zeitweise blasse Gebiete im Gesicht entstehen, welche jedoch harmlos sind und nach einiger Zeit verschwinden.
- Sollten Sie direkt im Anschluss an die Spritze oder nach einigen Tagen Übelkeit verspüren, bzw. Ausschlag bekommen, begeben Sie sich bitte sofort in ärztliche Behandlung, da eine Unverträglichkeitsreaktion vorliegen könnte.
- Nach Injektionen können Parästhesien (Mißempfindungen) über einen längeren Zeitraum bestehen.
- Nach Leitungsanästhesien können bleibende Nervenschäden entstehen.

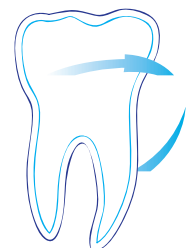
#### Aufklärung zur Wurzelbehandlung:

- Die Wurzelbehandlung stellt einen Versuch dar, den behandlungsbedürftigen Zahn zu erhalten!
- Nebenwirkungen, Komplikationen und Risiken einer Wurzelbehandlung sind z.B. ein Instrumentenbruch im Kanal.

**Ich habe mir dieses Informationsblatt aufmerksam durchgelesen und bin mit einer eventuellen Betäubung einverstanden. Alle evtl. noch bestehenden Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit durch den Zahnarzt bzw. die zahnärztliche Fachangestellte beantwortet.**

Hamburg, den \_\_\_\_\_

(Datum, Unterschrift des Patienten)



**Patienteninformation und Einverständniserklärung für die Terminbenachrichtigung per E-Mail**

Sehr geehrte(r) Patient(in),

als besonderen Service unserer Praxis bieten wir Ihnen die Terminbenachrichtigung per E-Mail an. Wir übermitteln Ihnen Ihre neuen Termine direkt nach Vereinbarung an Ihre E-Mail Adresse.

Sollten Sie einen digitalen Kalender, wie z.B. Outlook oder Google-Kalender nutzen, können die Termindaten durch öffnen der Kalenderdatei im Anhang der E-Mail direkt in den Kalender übernommen werden.

Ihr Praxisteam

---

E-Mail Adresse bitte in Druckbuchstaben

**Einverständniserklärung:**

Ich möchte den Terminbenachrichtigungs-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte übermitteln Sie mir zukünftig Termininformationen im Anschluss an die Terminvergabe an meine hinterlegte E-Mail Adresse.

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

---

Name, Vorname

---

Datum, Unterschrift

