

## Patienten Stammdaten

<hr/> Nachname	<hr/> Vorname	<hr/> Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d Geschlecht
<hr/> Straße / Hausnummer	<hr/> Postleitzahl / Ort	<hr/> Telefon (mobil)	<hr/> Telefon (Festnetz)
<hr/> Beruf	<hr/> Hausarzt	<hr/> Name der Versicherung/Krankenkasse	
<hr/> Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?		<hr/> Pflegestufe? Wenn ja, welche	

## Vorerkrankungen

**Keine Vorerkrankungen bekannt**

### Herz-Kreislaufkrankungen:

- Herzklappenersatz
- Herzfehler
- Überstandene Endokarditis
- Herzschrittmacher
- Bluthochdruck

### Infektionserkrankungen:

- HIV
- Hepatitis B / C
- andere: \_\_\_\_\_

### Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen
- Atemwegserkrankungen / Asthma
- erhöhter Augendruck / grüner Star
- Epilepsie
- Diabetes
- Nierenfunktionsstörungen
- Tumorerkrankungen
- Gelenkersatz (Hüfte/Knie)
- Osteoporose
- andere: \_\_\_\_\_

## Allergien / Unverträglichkeiten

**Keine Allergien / Unverträglichkeiten bekannt**

- Allergie-Pass
- Lokalanästhetika
- Schmerzmittel
- Antibiotika
- andere: \_\_\_\_\_

## Medikamente / Raucher

**Keine regelmäßigen Medikamente**

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASS      | <input type="checkbox"/> Eliquis  |
| <input type="checkbox"/> Marcumar | <input type="checkbox"/> Ixiana   |
| <input type="checkbox"/> Xarelto  | <input type="checkbox"/> Paradaxa |

andere Medikamente: \_\_\_\_\_

**Raucher**

Wenn ja,  0 - 10  über 10 Zig./Tag

## Aufklärung über Betäubungsmaßnahmen / Anästhesie

Eine zahnärztliche Behandlungsmaßnahme kann unter Lokalanästhesie (örtlicher Betäubung) durchgeführt werden.

Die Wirkung dieser Lokalanästhesie lässt i.d.R. spätestens nach einigen Stunden nach. Allerdings kann es aufgrund besonderer anatomischer Gegebenheiten im Unterkiefer zu einer Beeinträchtigung des Nervs kommen (in Form von meist vorübergehender Taubheit, Gefühlsstörungen oder Missempfindungen in der Unterlippe, der Zunge oder des Auges). Diese Komplikationen treten sehr selten auf. Wir sind jedoch rechtlich dazu verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen.

Weiterhin müssen wir sie darauf hinweisen, dass im Zusammenhang mit Alkohol oder Medikamenten, wie z.B. Schmerzmitteln die Teilnahme am Straßenverkehr und das Bedienen von Maschinen beeinträchtigt sein können.

**Ich habe diese Hinweise zur Kenntnis genommen und bin im Falle einer möglicherweise schmerzhaften Behandlung ausdrücklich mit der Durchführung einer entsprechenden Lokalanästhesie einverstanden.**

- ✓ Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- ✓ Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- ✓ Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens **48 Stunden im Voraus** abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- ✓ Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter