

Patienten Stammdaten

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

Vorerkrankungen

Keine Vorerkrankungen bekannt

Herz-Kreislaufkrankungen

- Herzklappenersatz
- Herzfehler
- Überstandene Endokarditis
- Herzschrittmacher

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"/> Xarelta | <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 Lokalanästhesieeinverstanden.

- ✓ 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