



Dr. René Loos  
 Wartburgstraße 84  
 09126 Chemnitz  
 Tel. 0371 - 5 21 28 90  
 Fax 0371 - 5 60 76 733  
 praxis@drloos.de

## Herzlich Willkommen

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Teilen Sie uns bitte jede Änderung zur nächsten Behandlung mit.

Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen.

### Personalien:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Name der Krankenkasse
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefon dienstlich	Telefon privat	E-Mail
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert - <b>nicht</b> im Basistarif	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> Privat versichert - im <b>Basistarif</b>	<input type="checkbox"/> <b>private Zusatzversicherung</b>

Adresse des Mitgliedes der Krankenkasse (bei Familienversicherten)

### Hatten Sie jemals / Haben Sie ...

<ul style="list-style-type: none"> <li>• eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente bzw. vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? (z.B. Penicillin, Paracetamol etc.) Welche? .....</li> </ul>	O ja O nein	Waren Sie in den letzten 2 Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Erkrankung: .....	O ja O nein
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asthma oder sonstige Allergien? Welche? .....</li> </ul>	O ja O nein	Nehmen Sie aktuell regelmäßig Medikamente ein? Welche? .....	O ja O nein
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asthma oder sonstige Allergien? Besitzen Sie einen Allergiepass?</li> </ul>	O ja O nein	.....	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzerkrankungen? Kreislaufstörungen?</li> </ul>	O ja O nein	.....	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haben Sie zu hohen Blutdruck?</li> <li>• Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?</li> <li>• Bypass, Stent, Schrittmacher?</li> </ul>	O ja O nein O ja O nein O ja O nein	Bluten Sie lange bei Verletzungen?  Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen? (z.B. Falithrom, Marcumar etc.) Welche? .....	O ja O nein  O ja O nein
<ul style="list-style-type: none"> <li>• rheumatisches Fieber, akutes Rheuma, Gelenkerkrankungen?</li> </ul>	O ja O nein	.....	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nervenerkrankungen, Anfallsleiden, Epilepsie, Krämpfe, Ohnmachtsneigung?</li> </ul>	O ja O nein	<b>für Patientinnen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sind Sie schwanger?</li> <li>• Monat: .....</li> </ul>	O ja O nein
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebererkrankungen (Gelbsucht)?</li> </ul>	O ja O nein	<b>Sonstiges:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuckerkrankheit?</li> </ul>	O ja O nein	Sind Sie Raucher? Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	O ja O nein O ja O nein
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atemwegserkrankungen?</li> </ul>	O ja O nein	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Wurden Sie in den letzten 6 Monaten geröntgt?	O ja O nein O ja O nein
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nierenerkrankungen?</li> </ul>	O ja O nein	<b>behandelnder Hausarzt:</b> ..... .....	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• infektiöse Erkrankungen (TBC, Hepatitis, HIV, Geschlechtserkrankungen)?</li> </ul>	O ja O nein	.....	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate ein?</li> </ul>	O ja O nein	.....	

## Aufklärung und Einwilligung zur Lokalanästhesie (örtliche Betäubung)

Um eine schmerzarme zahnärztliche Behandlung gewährleisten zu können, muss häufig eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) vorgenommen werden. Dazu wird durch eine Injektion ein Medikament (Lokalanästhetikum) in den Bereich des zu behandelnden Zahnes (in der Regel im Oberkiefer) oder des den Zahn versorgenden Nervs (in der Regel im Unterkiefer) verabreicht. Das Lokalanästhetikum führt zur vorübergehenden Ausschaltung der Schmerzempfindung. Wie jede ärztliche Behandlung ist auch die Durchführung einer Lokalanästhesie mit einigen möglichen Risiken und Nebenwirkungen für den Patienten verbunden.

Es können insbesondere folgende Komplikationen auftreten:

- Bluterguss
- Infektionen
- Bewegungseinschränkungen der Kaumuskulatur
- Schädigung von Nerven (z.B. Sensibilitätsstörungen, Kribbeln, Missempfindung, kein Gefühl)
- Allergische Reaktionen
- Herz-Kreislaufprobleme

Die Komplikationen treten insgesamt nur sehr selten und meistens vorübergehend auf, in extrem seltenen Fällen kann die durch eine Lokalanästhesie entstandene Komplikation (Nervenschädigung, Sensibilitätsstörung) jedoch auch dauerhaft bestehen bleiben.

Nach einer Lokalanästhesie sind folgende Verhaltensregeln unbedingt zu beachten:

- Bitte beachten Sie, dass durch Betäubungsspritzen und bestimmte Medikamente, wie zum Beispiel Schmerz- und Beruhigungsmittel, Ihre Reaktionsfähigkeit herabgesetzt und damit die Fahrtauglichkeit beeinträchtigt sein kann. Sie dürfen deshalb nach der Behandlung kein Fahrzeug führen, risikobehaftete Tätigkeiten ausführen oder die verantwortliche Aufsicht über betreuungsbedürftige Personen ausüben.
- Solange die Wirkung der Lokalanästhesie besteht (meist 2-3-Stunden) sollten Sie bzw. der Patient nicht essen. Durch die Wirkung der Lokalanästhesie können während des Kauens unbemerkt Verletzungen der Zunge oder Wangen entstehen.

Nachdem ich über mögliche Komplikationen und notwendige Verhaltensregeln aufgeklärt worden bin, erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei mir/meinem Kind eine Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) vorgenommen wird.

Ich wünsche bei Bedarf eine Lokalanästhesie

Ich möchte keine Lokalanästhesie, obwohl dadurch bestimmte Behandlungen NICHT oder möglicherweise nicht in der wünschenswerten Qualität durchgeführt werden können.

## Datenschutzerklärung

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Mit der Datenschutzerklärung (Stand: Mai 2018, liegen in der Praxis aus) bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

## SMS/e-Mail-Benachrichtigung

Ich bin damit einverstanden, kurz vor wichtigen Terminen per SMS/e-Mail an diese erinnert zu werden.

## Bitte beachten Sie

Unsere Praxis wird als Bestellpraxis geführt.

Wir sind immer bemüht, Sie pünktlich zu behandeln und Ihnen so Wartezeiten zu ersparen.

Schmerzpatienten werden

kurzfristig in unser Bestellsystem eingebunden. Dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir Sie, uns dies schnellstmöglich mitzuteilen, dann kann Ihr Termin von anderen Patienten genutzt werden.

Ansonsten können wir Ihnen unter Umständen vereinbarte, aber nicht eingehaltene und nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung stellen. (Nachweisbare wichtige Gründe selbstverständlich ausgenommen.)

.....  
Datum

.....  
Unterschrift