



Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

| | | | |
|---|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Patient | | | |
| Name | | Vorname | geb. |
| Mitglied | | | |
| Name | | Vorname | geb. |
| Kontaktdaten | | | |
| Straße | | Nr. | |
| Ort | | PLZ | |
| Tel. | Fax | Mobil | |
| E-Mail | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja. Die Praxis darf meine E-Mail-Adresse widerruflich zur direkten Kommunikation mit mir nutzen (z.B. Terminerinnerungen). | | | |
| Beruf / Arbeitgeber | | | |
| Arbeitgeber | | Tel. | |
| Anschrift | | Beruf | |
| Krankenkasse / Versicherung | Ihre Krankenkasse | | |
| | Ihre Mitgliedsnummer | | |
| Zahnzusatzversicherung | Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? | | ja <input type="checkbox"/> |
| | | | nein <input type="checkbox"/> |
| Versicherung gesetzlich | pflichtversichert | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | freiwillig versichert | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | Zusatzversicherung / Wenn ja, welche? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Versicherung privat | vollversichert | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | Beihilfe / Wenn ja, welche? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | Basistarif | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? | Empfehlung von | | |
| | Überweisung von | | |
| | Zeitschriftenwerbung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> | | |
| | Sonstiges: | | |
| Behandlungswünsche | Wünschen Sie eine Behandlung mit Lachgassedierung? | | ja <input type="checkbox"/> |
| | | | nein <input type="checkbox"/> |
| Datenschutz | Ich habe die Informationen zum Datenschutz der Praxis zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. | | ja <input type="checkbox"/> |

Anschrift

Am Schäfflerbach 1
86153 Augsburg

Kontakt

Tel. 0821-650 22 50
Fax 0821-650 22 522

info@team-dentalis.de
www.team-dentalis.de

Dr. med. dent. Jaroslaw Chrobot

- ▶ Spezialist für Implantologie (EDA, BDIZ zert.)
- ▶ Spezialist für Ästhetik und Funktion in der Zahnmedizin (DGÄZ)
- ▶ Minimalinvasive Chirurgie/ OP-Techniken
- ▶ Plastisch ästhetische Parodontalchirurgie Premium Zahnersatz



Dr. med. dent. Christian Scholibo

- ▶ Endodontologie (DGET zert.)
- ▶ Funktionsdiagnostik und Therapie des oberen Halte- und Bewegungsapparates (zert. nach LZÄKH)
- ▶ Ästhetische Zahnmedizin

ZA Uğur Oezcan, MSc.

- ▶ Master of Science Orthodontics
- ▶ Innovative und ästhetische Kieferorthopädie und Zahnheilkunde
- ▶ Unsichtbare Zahnregulierung – Invisalign
- ▶ Schnarchtherapie

Dr. Maximilian Berger

- ▶ Allgemeine Zahnheilkunde

Und Kollegen

- ▶ Netzwerk Gesundheit
- ▶ Im Verbund mit Fachärzten Orthopädie, Radiologie, Psychologie und Traumatologie, sowie Osteopathen und Physiotherapeuten



Mehr Informationen finden Sie auf www.team-dentalis.de

▶ **Wichtiger Hinweis:** Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden, bei Terminen, die für 2 Stunden oder länger angesetzt sind, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend informiert.



Liebe Patientin, lieber Patient,

im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Viele Beschwerden (Kopfschmerzen, Muskelverspannungen, Kiefergelenksprobleme) haben ihre Ursache in einer gestörten Funktion des Kauorgans. Hohe Bakterienbelastung bei einer Parodontitis wirkt sich negativ auf unterschiedliche Organe aus. Sie werden zwischen diesen Beschwerden und Ihren Zähnen meist keinen direkten Zusammenhang erkennen. Eine gründliche zahnärztliche Untersuchung beinhaltet jedoch, dass wir diesen Beschwerden nachforschen, um ihre Ursache zu finden.

Dabei beschränken wir uns nicht auf Ihre Zähne und Ihren Kiefer, sondern beziehen das gesamte Kausystem mit all seinen Strukturen mit ein. Wir bitten Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Vermeiden Sie dabei bitte eigene Interpretationen der Fragen. Haben oder hatten Sie Beschwerden – wie in der Frage angesprochen – kreuzen Sie bitte immer »ja« oder »nein« an.

▶ Ihr Behandlungswunsch

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kostenoptimierte Therapie Ich möchte hochwertig, aber möglichst kostengünstig behandelt werden und nehme bewusst in Kauf, dass ich auf einige moderne Behandlungsmethoden verzichten muss. Berücksichtigen Sie dies bei der Therapieplanung. Sollte ich einen Heil- und Kostenplan zur Abstimmung mit meinem Versicherer benötigen, weise ich Sie gesondert darauf hin. | <input type="checkbox"/> Qualitätsoptimierte Therapie Ich wünsche eine höchstwertige Therapie unter Einbeziehung aller relevanten Möglichkeiten der modernen Zahnheilkunde. Nicht nur Langlebigkeit sondern auch Komfort, höchstwertige Materialien sowie ästhetische und funktionelle Aspekte sollen Berücksichtigung finden. Sollte ich einen Heil- und Kostenplan zur Abstimmung mit meinem Versicherer benötigen, weise ich Sie gesondert darauf hin. |
| Am wichtigsten ist mir Funktion <input type="checkbox"/> Ästhetik <input type="checkbox"/> Langlebigkeit <input type="checkbox"/> Berücksichtigung naturheilkundlicher Aspekte <input type="checkbox"/> | |

▶ Zu Ihrer Gesundheit

| | ja | nein | Bewertung durch den Zahnarzt |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Haben Sie irgendwann Beschwerden, wenn Sie kauen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kauen Sie regelmäßig Kaugummi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ist irgendein Zahn besonders empfindlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne richtig zu schließen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Pressen oder knirschen Sie unbewusst auf Ihren Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrenbereich? rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Leiden Sie an Kopfschmerzen? rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen? Kopfbereich <input type="checkbox"/> Nackenbereich <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| Anmerkungen | Okklusalindex |
|---|---------------|
| Welche Medikamente nehmen Sie gegen die angeführten Zustände? | |
| Hatten Sie nach einem Unfall jemals Beschwerden im Kopfbereich oder Nacken? | |
| Beeinflussen die Beschwerden Ihr Wohlbefinden oder Ihre Schaffenskraft? | |
| Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? | |
| Was wurde gemacht? | |
| Vermuten Sie eine ernste Störung oder Erkrankung? | |
| Halten Sie eine Behandlung für notwendig? | |
| Frühere Operationen? Wenn ja, welche? | |



| Herz / Kreislauf | ja | nein |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Herzfehler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angina pectoris | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzmuskelentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschwäche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Gefäße | ja | nein |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krampfadern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Thrombosen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Atemwege / Lunge | ja | nein |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenblähung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlafapnoe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schnarchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Leber | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Gelbsucht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leberverhärtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fettleber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gallensteine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Nieren | ja | nein |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dialysepflichtigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierensteine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Magen / Darm | ja | nein |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| Geschwür | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Engstelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sodbrennen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Refluxkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Stoffwechsel / Zuckerkrankheiten | ja | nein |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diabetes mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kropf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Skelettsystem | ja | nein |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gelenkerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rückenbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bandscheibenbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muskelschwäche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Nerven / Gemüt | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Krampfanfälle (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lähmungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depressionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angustzustände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waren / sind Sie in psycho- therapeutischer Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bulimie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Augen | ja | nein |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Grüner Star (Glaukom) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grauer Star (Katarakt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| starke Einschränkung der Sehkraft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blindheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Blut | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Gerinnungsstörungen ▶ bei sich selbst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ bei Blutsverwandten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| häufiges Nasenbluten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| blaue Flecken schon nach leichten Berührungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachbluten im Anschluss an Operationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Immunschwäche | ja | nein |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Einnahme von Cortison | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Organtransplantation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV-positiv / AIDS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Schwangerschaft | ja | nein |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwangerschaftswoche? | | |

| Allergien | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Heuschnupfen oder Überempfindlichkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fruchtzucker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jod | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflaster | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Latex (z. B. Luftballons o. ä.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergiepass | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Knochen | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Wurden bzw. werden Sie zurzeit mit Bisphosphona- ten behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wegen welcher Erkrankung? | | |
| Seit wann? | | |
| Mit welchem Präparat? | | |

| Andere Erkrankungen oder Behinderungen | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Creutzfeldt-Jakob-Krankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Nikotin / Alkohol | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wieviel durchschnittlich? | | |
| Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wieviel durchschnittlich? | | |

| Gerinnungshemmende Medikamente | ja | nein | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | kürz- lich | dauer- haft | | |
| Aspirin®/ASS® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcumar® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ticlopidin® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clopidogrel® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Regelmäßige Medikamente | ja | nein |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Blutdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| „Antibabypille“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antidiabetika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Röntgen | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstige Hinweise



| Mein Hausarzt | | Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? |
|---------------|--|--|
| Name | | |
| Straße | | |
| Ort | | |
| Telefon | | |
| E-Mail | | |

| Weitere aktuelle Behandlungen | |
|-------------------------------|------------------------------|
| Grund / Art der Behandlung | Mein Facharzt (Name und Ort) |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |

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 Trigemini (einem Hirnnerv) 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 Nervs (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

Es kann u.a. zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende 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 zu 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.

Nervschädigung: 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 Konzentrationsfähigkeit 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. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. | <input type="checkbox"/> Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden. | <input type="checkbox"/> Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden. | <input type="checkbox"/> Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden. | <input type="checkbox"/> Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden. |
|---|---|--|---|---|

Datum

Unterschrift

Abtretungsvereinbarung

Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und im Interesse eines reibungslosen Ablaufes Ihrer Behandlung und unserer Verwaltung möchten wir sicherstellen, dass Rechtsbeziehungen ausschließlich zwischen unserer Praxis und Ihnen als unserem Patienten und Partner des Behandlungsvertrages bestehen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, nachfolgende Abtretungsvereinbarung zu unterzeichnen. Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/ Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

Datum

Unterschrift

Ihre Antworten dienen zur zusätzlichen Information und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.