



# NEU - AUFNAHME

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

(Bei mitversicherten Familienangehörigen bitte zusätzlich Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten angeben)

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

Angestellt bei: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
auch im Rahmen der kieferchirurgischen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

## Herz/Kreislauf:

- Herzfehler
  - Angina pectoris
  - Herzinfarkt
  - Herzmuskelentzündung
  - künstliche Herzklappe
  - Herzschrittmacher
  - hoher oder
  - niedriger Blutdruck
  - Rhythmusstörungen
  - Herzschwäche
- oder \_\_\_\_\_

## Gefäße:

- Schlaganfall
  - Durchblutungsstörungen
  - Thrombosen
- oder \_\_\_\_\_

## Atemwege/Lunge:

- Asthma
  - Tuberkulose
  - Schlafapnoe
  - Schnarchen Sie?
- oder \_\_\_\_\_

## Leber:

- Hepatitis
  - A  B  C
- oder \_\_\_\_\_

## Nieren:

- Dialysepflichtigkeit
- oder \_\_\_\_\_

## Magen/Darm:

- Geschwür
- oder \_\_\_\_\_

## Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit:
- Diabetes mellitus
  - insulinpflichtig
- oder \_\_\_\_\_

## Nerven/Gemüt:

- Krampfanfälle
  - Lähmungen
  - Depressionen
  - Angstzustände
- oder \_\_\_\_\_

## Augen:

- Grüner Star
  - Grauer Star
- oder \_\_\_\_\_

## Blut:

- Gerinnungsstörungen
  - blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- oder \_\_\_\_\_

## Gerinnungshemmende Medikamente

(Dauerhaft oder in den letzten Tagen z. B.)

- Aspirin  ASS
  - Marcumar  Xarelto
  - Clopidogrel  Plavix
- oder \_\_\_\_\_

## Allergie:

- Heuschnupfen
  - Latex
  - Medikamente
- oder \_\_\_\_\_

## Sind Sie schwanger?

Welche Schwangerschaftswoche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison
  - Zust. nach Organtransplantation
  - HIV (AIDS)
- oder \_\_\_\_\_

## Knochen:

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt? Wegen welcher Erkrankung?

Wann? Mit welchem Präparat?

\_\_\_\_\_

- Andere Erkrankungen oder Behinderungen?
- \_\_\_\_\_

## Rauchen Sie?

- Wie viel durchschnittlich?
- \_\_\_\_\_

## Trinken Sie gelegentlich Alkohol?

- Regelmäßig? Wie viel?
- \_\_\_\_\_

## Regelmäßige Medikamente

- Blutdruck-/
  - Herzmedikamente
  - Schmerzmittel
  - „Antibabypille“
  - Psychopharmaka
  - Antidiabetika
- welche?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



Mein Hausarzt ist: \_\_\_\_\_

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

Mein Zahnarzt ist: \_\_\_\_\_

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

## **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 trigeminus (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragamentäre 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. Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

### **Hämatom (Bluterguss):**

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskelin infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch 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 max. 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**

- Die Aufklärung habe ich verstanden.  
Meine Fragen wurden zu meiner  
Zufriedenheit beantwortet.

### **Hinweis zum Datenschutz:**

Gemäß den Datenschutzrichtlinien des BDSG bzw. EU-DSGVO im Sinne § 73 Abs. 1b SGB V (5/2018) bin ich mit der Erhebung, Verarbeitung & Speicherung meiner Patientendaten einverstanden.  
Eine Patienteninformation zum Datenschutz liegt aus, Fragen hierzu beantworten wir Ihnen gerne.

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_