



Dr. med. dent. MSc. MSc.

Costin Baumgärtel
Zahnarzt

Koomansstr. 2
57078 Siegen-Geisweid
Tel.: 0271 / 811 67

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Erkrankungen aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen unserer ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Gerne sind wir bei der Beantwortung einzelner Fragen behilflich.

Name, Vorname:	Tel. mobil:
Geburtsdatum:	Tel. Festnetz:
Straße, Nr.:	Wohnort:
E-Mail Adresse:	
Beruf (freiw. Angabe):	Hausarzt:
Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> privat mit Basistarif	

Haben/hatten Sie (bitte ankreuzen)

Zu hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	zu niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Eine Herzerkrankung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> angeborene Herzfehler <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler/-prothesen	
	<input type="checkbox"/> Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)		
	<input type="checkbox"/> erlittenen Herzinfarkt wann? _____		
	Herzoperationen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
	Wenn ja, welche? _____ wann? _____		
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Immunschwächen od. HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schlaganfall (Hirnininfarkt)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Asthma, Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Lebererkrankungen / Hepatitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____	wann? _____
Allergien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Wenn ja, wogegen: _____			
Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Sonstige	Bekommen oder	
bekamen Sie BISPHOSPHONAT-Medikamente (Knochenstoffwechsel)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Welche Medikamente vertragen Sie eventuell nicht? _____			
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? _____			

Waren Sie innerhalb des letzten halben Jahres im **Krankenhaus**? nein ja Wenn ja, weshalb? _____

Haben Sie einen anerkannten Pflegegrad ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Grad _____
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Welche Woche? _____
Gab es bei Ihnen früher Zwischenfälle bei einer örtlichen Betäubung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie <u>zurzeit</u> eine ansteckende Erkrankung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Bitte beachten Sie die Rückseite ----->



Dr. med. dent. MSc. MSc.

Costin Baumgärtel
Zahnarzt

Koomansstr. 2
57078 Siegen-Geisweid
Tel.: 0271 / 811 67

1. Aufklärung über zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn- Mund- Kiefer und Gesichtsbereich. So können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht völlig auszuschließen.

Es kann unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

- **Hämatom (Bluterguss).** Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebene Gewebe eintreten. Dadurch kann es auch zu einer vorübergehenden 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.
- **Nervenschädigung.** Vorübergehende Gefühlsstörungen sind möglich; dies kann Zunge, Lippe oder Hautbezirke betreffen. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach max. 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie ihren Zahnarzt.
- **Verkehrstüchtigkeit.** Es kann zu einer Beeinträchtigung von Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern möglicherweise auf Stressgefühle im Rahmen der Behandlung zurückzuführen.

Selbstverletzung. Meist sind auch die umgebenen Weichteile (z. B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt. Wir empfehlen dringend, auf Essen und Getränke zu verzichten, bis kein Taubheitsgefühl mehr besteht. Neben Bissverletzungen sind unbemerkt auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Wir beantworten Ihnen gerne alle weiteren Fragen. Sprechen Sie uns einfach an.

Die Aufklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie habe ich zur Kenntnis genommen

2. Ich bin damit einverstanden, dass ich zwecks **Terminreminder** per E-Mail oder Telefon kontaktiert werde.

3. Recall: Ich möchte an Ihrem **Recall- (Erinnerungs-) Service** zur halbjährlichen Kontrolle teilnehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

ja nein

Wurde keine Auswahl getroffen, gehen wir von einer Nicht-Teilnahme aus.

Datum

Unterschrift