

Zahnarztpraxis

Dr. Ulla Schmitz



Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen. **Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.**

Patient/in:	Name	Vorname	Geburtsdatum
Versicherte/r:	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift:	Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon:	Handy:		
E-Mail:			

Empfehlung durch: _____

Krankenversicherung: gesetzliche Krankenkasse (GKV) ☐ Zahnzusatzversicherung ☐
private Krankenkasse (PKV) ☐

Allgemeine Aufklärung über die 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 Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. Ferner kann es u. a. zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss):

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskel 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, Wange, 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 und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Hamburg, den _____ Datum
Unterschrift v. Patient/Erziehungsberechtigte/r

Bitte Rückseite beachten!

Haben Sie Angst vor der Behandlung? Nein ☐ / Ja ☐
Für Neupatienten: Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenbilder von den Zähnen erstellt? Nein ☐ / Ja ☐
Wenn ja, in welcher Praxis?: _____

Möchten Sie regelmäßig an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? Nein ☐ / Ja ☐
Möchten Sie zukünftig eine Terminerinnerung per SMS erhalten? Nein ☐ / Ja ☐

Medizinische Befunderhebung

Allergien Nein ☐ / Ja ☐ , welche? _____
Atemwegserkrankungen Nein ☐ / Ja ☐ , welche? _____
Blutgerinnungsstörungen Nein ☐ / Ja ☐ , welche? _____
Diabetes Nein ☐ / Ja ☐ ☐ Typ I ☐ Typ II
Anfallsleiden (Epilepsie) Nein ☐ / Ja ☐ _____
Schilddrüsenerkrankung Nein ☐ / Ja ☐ _____
☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion ☐ Anderes
Erhöhter Augendruck (Glaukom) Nein ☐ / Ja ☐ _____
Herz-, Kreislauferkrankungen Nein ☐ / Ja ☐ _____
☐ Herzinsuffizienz ☐ Herzschrittmacher
☐ Angina Pectoris ☐ Herzinfarkt
☐ Herzrhythmusstörungen ☐ Herzklappenfehler/-ersatz
☐ Durchblutungsstörungen ☐ Schlaganfall (Apoplex)
☐ erhöhter Blutdruck ☐ verminderter Blutdruck
Erkrankungen der blutbildenden Organe (hämatologische Erkrankungen) Nein ☐ / Ja ☐ _____
Infektionskrankheiten Nein ☐ / Ja ☐ _____
☐ TBC ☐ HIV / AIDS
☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C
Lebererkrankungen Nein ☐ / Ja ☐ _____
Magen-, Darmerkrankungen Nein ☐ / Ja ☐ _____
Nierenerkrankungen Nein ☐ / Ja ☐ _____
Rheumaerkrankungen Nein ☐ / Ja ☐ _____
Tumorerkrankungen Nein ☐ / Ja ☐ _____
Osteoporose Nein ☐ / Ja ☐ _____
Sonstige Erkrankungen Nein ☐ / Ja ☐ _____
Rauchen Sie? Nein ☐ / Ja ☐ _____ Zigaretten pro Tag
Konsumieren Sie regelmäßig Drogen? (Alkohol, Marihuana...) Nein ☐ / Ja ☐ _____
Besteht eine Schwangerschaft? Nein ☐ / Ja ☐ _____ Monat
Nehmen Sie Bisphosphonate ein? Nein ☐ / Ja ☐ _____
Nehmen Sie Medikamente? Nein ☐ / Ja ☐ , welche? _____

Hamburg, den _____ Datum
Unterschrift (bei Minderjährigen ein Erziehungsberechtigter)

Bitte nur nach Aufforderung ausfüllen:

- ☐ Die Aufklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie habe ich verstanden, Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
☐ Ich habe oben gemachte Angaben kontrolliert und ggf. korrigiert.

Hamburg, den _____ Datum
Unterschrift (bei Minderjährigen ein Erziehungsberechtigter)