

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
auch im Rahmen der zahnärztlichen 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?

☒ Ja

Herz/Kreislauf:

- ☐ Herzfehler
- ☐ Angina pectoris
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Herzmuskelentzündung
- ☐ Herzklappenentzündung
- ☐ künstliche Herzklappe
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ hoher oder
- ☐ niedriger Blutdruck
- ☐ Rhythmusstörungen
- ☐ Herzschwäche

oder _____

Gefäße:

- ☐ Schlaganfall
- ☐ Durchblutungsstörungen
- ☐ Krampfadern
- ☐ Thrombosen

oder _____

Atemwege/Lunge:

- ☐ Asthma
- ☐ Lungenentzündung
- ☐ Tbc
- ☐ chronische Bronchitis
- ☐ Lungenblähung
- ☐ Schlafapnoe

oder _____

Leber:

- ☐ Gelbsucht
- ☐ Leberverhärtung
- ☐ Fettleber
- ☐ Gallensteine
- ☐ Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C

oder _____

Nieren:

- ☐ Dialysepflichtigkeit
- ☐ Nierenentzündung
- ☐ Nierensteine

oder _____

Magen, Darm:

- ☐ Geschwür
- ☐ Engstelle
- ☐ Verdauungsstörungen
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Refluxkrankheit

oder _____

Stoffwechsel:

- ☐ Zuckerkrankheit:
- ☐ Diabetes mellitus Typ I
- ☐ Diabetes mellitus Typ II
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion
- ☐ Kropf

oder _____

Skelettsystem:

- ☐ Gelenkerkrankungen
- ☐ Rücken-/
- ☐ Bandscheibenbeschwerden
- ☐ Muskelschwäche
- ☐ Muskelerkrankungen
- ☐ Fibromyalgie

oder _____

Nerven/Gemüt:

- ☐ Krampfanfälle (Epilepsie)
- ☐ Lähmungen
- ☐ Depressionen
- ☐ Angstzustände

oder _____

Augen:

- ☐ Grüner Star
- ☐ Grauer Star
- ☐ starke Einschränkung der Sehkraft
- ☐ Blindheit

oder _____

Blut:

- ☐ Gerinnungsstörungen
- ☐ auch bei Blutsverwandten
- ☐ häufiges Nasenbluten
- ☐ blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- ☐ Nachbluten nach Operationen

oder _____

Allergie:

- ☐ z.B. Heuschnupfen
- oder Überempfindlichkeit gegen
- ☐ Nahrungsmittel
- ☐ Fruchtzucker
- ☐ Medikamente
- ☐ Jod
- ☐ Pflaster
- ☐ Latex
- z.B. Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe

oder _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

- ☐ **Sind Sie schwanger?**
Welche Schwangerschaftswoche ?

Immunschwäche:

- ☐ Einnahme von Cortison
- ☐ Zustand nach Organtransplantation
- ☐ AIDS

oder _____

Knochen:

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

Wann? Mit welchem Präparat?

- ☐ **Andere Erkrankungen oder Behinderungen?**

Rauchen Sie?

- ☐ Wie viel durchschnittlich?

- ☐ **Trinken Sie gelegentlich Alkohol?**

- ☐ Regelmäßig? Wie viel?

- ☐ **Gerinnungshemmende Medikamente**

Dauerhaft oder in den letzten Tagen z.B.

- ☐ Aspirin® ☐ ASS® ☐ Marcumar®
- ☐ Ticlopidin® ☐ Clopidogrel®

oder _____

- ☐ **Regelmäßige Medikamente**

- ☐ z.B. Blutdruck-/
- ☐ Herzmedikamente
- ☐ Schmerzmittel
- ☐ „Antibabypille“
- ☐ Psychopharmaka
- ☐ Antidiabetika

Name _____

Mein Hausarzt ist:

Name

Straße

Ort

Telefon

Fax

e-mail

Außerdem bin ich beim Facharzt für

....., in Behandlung.

Name

Straße

Ort

Telefon

Fax

e-mail

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

Datum

Unterschrift

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 Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragigamentäre 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 unter anderem 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 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="radio"/> Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. | <input type="radio"/> Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden. | <input type="radio"/> Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden. |
| | <input type="radio"/> Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden. | <input type="radio"/> Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden. |

Datum

Unterschrift