

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Bitte lesen und beantworten Sie nachfolgende Fragen sorgfältig. Bitte zeigen Sie uns auch Allergie- bzw. Herzpässe!  
**Leiden bzw. litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

☎ Festnetz \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

☎ Handy \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Geb. Ort: \_\_\_\_\_

@Mail \_\_\_\_\_

**Herz / Kreislauf**

- Angina pectoris \_\_\_\_\_
- Herzfehler \_\_\_\_\_
- Herzinfarkt \_\_\_\_\_
- Herzmuskelentzündung \_\_\_\_\_
- Herzklappenentzündung \_\_\_\_\_
- künstliche Herzklappe \_\_\_\_\_
- Herzschrittmacher \_\_\_\_\_
- hoher Blutdruck \_\_\_\_\_
- niedriger Blutdruck \_\_\_\_\_
- Herzrhythmusstörungen \_\_\_\_\_
- Herzschwäche \_\_\_\_\_
- Endokarditisprophylaxe notwendig \_\_\_\_\_
- Herzpass vorhanden \_\_\_\_\_

**Wann?**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel**

- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- Kropf / Jodmangel
- Gicht

**Lunge**

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- chronische Bronchitis
- Atemstillstände im Schlaf (Schlafapnoe)
- Schnarchen

**Gefäße**

- Schlaganfall \_\_\_\_\_
- Durchblutungsstörungen \_\_\_\_\_
- Krampfadern \_\_\_\_\_
- Thrombosen \_\_\_\_\_

**Leber**

- Gelbsucht
- Leberzirrhose
- Fettleber
- Gallensteine
- Hepatitis  A  B  C

**Gerinnungshemmende Medikamente**

- Godamed
- Aspirin
- ASS
- Marcumar
- Falithrom
- Plavix
- Ticlopidin
- Clopidogrel / Iscover
- andere \_\_\_\_\_

**Nieren**

- Dialysepflichtigkeit
- eingeschränkte Funktion

**Magen / Darm**

- Verdauungsstörungen
- Morbus Chron

**Augen**

- Grüner Star / Glaukom
- Grauer Star

**Blut**

- Gerinnungsstörungen
  - in der Verwandtschaft
- blaue Flecken ohne Verletzung oder nach leichter Berührung
- Nachblutungen nach Operationen
- häufiges Nasenbluten

**Nerven / Gemüt**

- Krampfanfälle
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

**Skelettsystem**

- Gelenkerkrankungen
- Rheuma
- Muskelerkrankungen
- Kiefergelenksprobleme
- morgendliche Kopfschmerzen

**Immunschwäche**

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS / HIV
- Zustand nach Bestrahlung
- Blutkrebs / Leukämie

**Suchtverhalten**

- Nichtraucher
- Raucher täglich \_\_\_\_ Zigaretten
- Drogen
- Alkoholverzehr
  - nie  gelegentlich  regelmäßig
- bewältigte Sucht \_\_\_\_\_

**Allergie / Überempfindlichkeit**

- Heuschnupfen
- Nahrungsmittel \_\_\_\_\_
- Fruchtzucker
- Jod
- Pflaster
- Latex
- Medikamente \_\_\_\_\_
- Allergiepass vorhanden

**Regelmäßige Medikamente**

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- „Antibabypille“
- Psychopharmaka
- Antidiabetika
- Rheumamittel
- andere \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**BITTE WENDEN!**

**Werden / wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?  ja  nein Wann? \_\_\_\_\_ Präparat \_\_\_\_\_**  
( Medikamente zur Behandlung von Osteoporose und Tumorerkrankungen mit Befall des Skelettsystem )

**Name und Ort Ihres Hausarztes** \_\_\_\_\_

### Aufklärung über den halbjährlichen Recall/Vorsorgeuntersuchung

**Recall- Sitzungen** sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen und Prophylaxebehandlungen. Wir empfehlen Ihnen 2x jährlich (alle 6 Monate) eine Kontrolluntersuchung bzw. Prophylaxebehandlung wahrzunehmen. Wir bieten Ihnen an, Sie gemäß dem von Dres. Lenzner & Wende empfohlenen Intervall daran zu erinnern. Bitte kreuzen Sie ja oder nein an und wie Sie angeschrieben werden möchten.

**Recall:**  ja  nein  
wenn **ja**, per:  Post  e-mail *oder*

### Ausfallhonorar

Sollten Sie Ihren Termin nicht 24 Stunden vorher absagen und diesen **unentschuldigt versäumen**, so stellen wir Ihnen eine Gebühr für die Ausfallzeit der Behandlung in Höhe von **20,00€** in Rechnung.

### Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z. Bsp. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. 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 in Folge 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.

**Nervenschädigung:** 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 behandelnden 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. (Quelle: Sanofi Aventis Deutschland GmbH)

**Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift