

Praxis Mara-Cristina Tipter

Auf der Nordheide 12C

27798 Hude

Patienten-Fragebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefon Privat: _____ Telefon Mobil: _____

Beruf: _____ Telefon beruflich: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Krankenkasse: _____

Pflichtversichert: ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Adresse: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung statt? _____ Name der Praxis? _____

Wann fand die letzte Zahnfleischbehandlung/Parodontosebehandlung statt? _____

Dürfen wir Sie für die halbjährliche Kontrolle in unser Erinnerungsservice eintragen? Ja Nein

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich?

Gesundheitszustand Bitte ankreuzen Zusätzliche Informationen

Herz-Kreislauf- Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein

Herzerkrankung Ja Nein

Herzoperation Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

andere:

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Hepatitis Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

andere:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

andere:

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Migräne Ja Nein

Kopf oder Nackenschmerzen Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Nierenfunktionsstörungen Ja Nein

Ohnmachtsneigung Ja Nein

andere:

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum Ja Nein Wenn ja welches:

Alkoholgenuss Ja Nein Wenn ja, selten oft regelmäßig

Raucher Ja Nein Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag

Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, seit wann / Name:

Blutverdünnungsmittel Ja Nein Wenn ja welches:
(z.B. Marcumar, Ass, Aspirin u.a.)

Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat:

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Ja Nein

.....

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum Erziehungsberechtigter

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- **Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine zuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.**
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum Unterschrift Patient

Aufklärung über die zahnärztliche Abrechnung

Alle privat Zahnärztlichen Behandlungen inkl. Prophylaxe werden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte und Ärzte (GOZ und GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung berechnet. Die Gebührensätze reichen vom mittleren Faktor 2,3 bis zum 3,5 fachen Faktor. Überschreitungen dieser Faktoren werden im Vorfeld gesondert vereinbart. Die Erstattung meiner Kostenträger richtet sich nach meinem persönlichen Versicherungsvertrag, ggf. meinem Versicherungsstatus als Beihilfeversicherter und ist nicht Gegenstand des Behandlungsvertrages. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass meine Behandlungskosten trotz gesetzeskonformer Rechnungsstellung und personenbezogener individueller medizinischer Begründung evtl. nicht immer in voller Höhe erstattet werden.

Den von meinen privaten Kostenträgern nicht erstatteten Anteil trage ich selbst. Fragen Sie uns, damit wir Sie vor der anstehenden Behandlung ausführlich beraten können.

- Die Aufklärung habe ich verstanden, ich bestätige, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen vorgenommen zu haben und keine weiteren Fragen zu haben.

Hude, den _____ Unterschrift _____
(unterschreibt ein Elternteil/Erziehungsberechtigter, so erklärt er/sie hiermit, dass das Einverständnis des anderen Erziehungsberechtigten vorliegt – bei Pflegeelternschaft erbitten wir die Vorlage der Vollmacht)

Datenschutz

Patient/in:

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Weiterhin stimme ich der fotografischen Dokumentation meiner Behandlung und dem anschließenden Verbleib der Fotorechte in der Praxis zu.

_____, den _____

Patient/in

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der örtlichen 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 (intraligamentäre 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 immer vermeidbar. In seltenen Fällen kann es u.a. zu folgenden Komplikationen kommen:

Schwellung:

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen das umgebende Gewebe eintreten (Bluterguss). Bei Einblutung 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 bei entsprechenden Beschwerden 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 und/oder Geschmacksstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungen- oder Unterkieferhälfte sowie die Lippenregion betroffen sein kann. Weniger risikoreich ist die intraligamentäre Anästhesie, welche allerdings erst nach mehrmaliger Injektion vollständige Wirkung erzielt. Ihre Risiken bestehen in der evtl. Schädigung des umliegenden Gewebes und einer erhöhten Aufbissempfindlichkeit des betreffenden Zahnes. Eine spezielle Therapie bei Nervenschädigung gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollt das Taubheitsgefühl nach maximal 12 Stunden nicht vollständig abgeklungen sein, informieren Sie uns bitte umgehend.

Verkehrstüchtigkeit:

Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Eine örtliche Betäubung kann zur Folge haben, dass Sie 1 Stunde nicht und 24 Stunden nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungstermin.

Selberverletzung:

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.