



### Patient

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

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel., Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftlich: \_\_\_\_\_

Krankenkasse, Versicherung: \_\_\_\_\_

Pflegegrad nach §15 SGB XI liegt vor: Ja Nein

### Versicherter/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls abweichend)

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

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel., Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Generelle Schweigepflichts-  
entbindung gegenüber: \_\_\_\_\_

(z.B. Ehegatte/Kinder, bitte mit Name und Geburtsdatum)

### Erkrankungen

keine Erkrankungen	Herz-Erkrankungen	Asthma
Blutgerinnungsstörung	Herzschrittmacher	Hepatitis B oder C
Diabetes	Bluthochdruck	Suchterkrankung
psychische Erkrankung	Schlaganfall	HIV positiv
Krebserkrankung	künstl. Herzklappe	Rheuma
Epilepsie	Antibiotikaprophylaxe	Schilddrüsenerkrankung
TBC	sonstige Erkrankungen: _____	

Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie allergische Reaktionen/Unverträglichkeiten? (z.B. von Medikamenten) Ja Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist ein Allergiepass vorhanden? Ja Nein

## Röntgen am Kopf

Wann und weshalb wurden Sie das letzte Mal geröntgt:

---

Hausarzt: \_\_\_\_\_

(Name und Ort)

Sind Sie schwanger?      Ja, in der \_\_\_\_ Woche      Ich bin mir nicht sicher      Nein

## Recall

Möchten Sie halbjährlich an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?      Ja      Nein

## Erinnerungsservice

Dürfen wir Sie an Ihren anstehenden Termin erinnern? (per SMS oder telefonisch)      Ja      Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

---

## Risiken der Anästhesie

Durch Verletzungen kleinerer Blutgefäße können Einblutungen in das umgebende Gewebe auftreten. Bei einer Einblutung in die Kaumuskulatur kann es zu einer Einschränkung der Mundöffnung und leichten Schmerzen kommen, in ganz seltenen Fällen später auch zu Infektionen. Beim Setzen einer Leitungsanästhesie im Unterkiefer kann es in seltenen Fällen zu einer Schädigung von Nervenfasern kommen. Betroffen sein kann hier der Nervus alveolaris inferior (Bereich der Wange) oder der Nervus lingualis (Bereich der Zunge). Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Eine spezielle Behandlung dieser Schädigung gibt es nicht. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion. Durch die örtliche Betäubung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Sie sollten daher nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

## Hinweis zur Krankenversicherungskarte

Wenn Sie Ihre Krankenversicherungskarte nicht vorlegen können, reichen Sie diese bitte innerhalb von 10 Tagen nach, weil sonst unsere erbrachten Leistungen privat berechnet werden müssen.

## Hinweis zur Terminvereinbarung

Bitte melden Sie sich spätestens am Vortag ab, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können.

## Hinweis zum Datenschutz

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben. Das schließt Daten mit ein, welche der DZR, Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum, zur Verfügung gestellt werden. Ihre gespeicherten Daten bei der DZR können jederzeit widerrufen werden. Zu jedem Zeitpunkt können Sie sich über die personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger und den Nutzen der Datenverarbeitung informieren und unentgeltlich eine Korrektur, Sperrung oder Löschung dieser Daten verlangen. Im Wartezimmer liegt unsere „Patienteninformation zum Datenschutz“ aus.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

(Ort)

(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient/Versicherter/gesetzlicher Vertreter)