



### LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

## ANMELDUNG | ANAMNESE

### Patient/-in (Herr/Frau/Kind)

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |
| Name, Vorname        |                      | Geburtsdatum         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße/Hausnummer    | E-Mail               | Geburtsort           |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Postleitzahl/Ort     | Telefon              | Mobil                |

### Mitglied/Zahlungspflichtige/-r (bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |
| Name, Vorname        |                      | Geburtsdatum         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße/Hausnummer    | E-Mail               | Geburtsort           |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Postleitzahl/Ort     | Telefon              | Mobil                |

### Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="text"/>                                   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert     | <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert      | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r)                     | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert                               |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert            | <input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt    | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(r) |  |   |
| <input type="text"/>                                   |   |  | <input type="checkbox"/> Schüler/Student  |
| Beruf des Mitgliedes, Arbeitgeber                      |   |  |   |
| <input type="text"/>                                   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   |   |
| Straße/Hausnummer                                      | Postleitzahl/Ort  | Telefon  |   |
| <input type="text"/>                                   |   |  | <input type="checkbox"/> Schüler/Student  |
| Beruf des Patienten, Arbeitgeber                       |   |  |   |
| <input type="text"/>                                   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   |   |
| Straße/Hausnummer                                      | Postleitzahl/Ort  | Telefon  |   |



# AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG ZUR LOKALANÄSTHESIE («ÖRTLICHE BETÄUBUNG«)

Patient/in:

Geburtsdatum:

Um eine schmerzfreie zahnärztliche Behandlung gewährleisten zu können, muss eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) vorgenommen werden. Dazu wird durch eine Injektion ein Medikament (Lokalanästhetikum) in den Bereich des behandelten Zahnes (Oberkiefer) oder der versorgenden Nerven (Unterkiefer) verabreicht. Das Lokalanästhetikum führt zur vorübergehenden Ausschaltung der Schmerzempfindung.

Wie jede ärztliche Behandlung, ist auch die Durchführung der Lokalanästhesie mit einigen speziellen Risiken und Nebenwirkungen für den Patienten verbunden. Es können insbesondere folgende Komplikationen auftreten:

- **Bluterguss (= Hämatom)**
- **Infektionen**
- **Schwellungen**
- **Bewegungseinschränkungen der Kaumuskulatur**
- **Schädigung von Nerven (einschließlich Sensibilitätsstörungen = Kribbeln, kein Gefühl)**
- **Allergische Reaktionen**
- **Herz-Kreislaufprobleme**

Komplikationen treten insgesamt nur selten und meistens vorübergehend auf. In sehr seltenen Fällen kann die durch eine Lokalanästhesie verursachte Komplikation (u.a. Nervenschädigung, Sensibilitätsstörungen) jedoch auch dauerhaft bestehen bleiben. Wir empfehlen ausdrücklich die Beachtung folgender wichtiger Verhaltensregeln nach einer Lokalanästhesie: die Verabreichung eines Lokalanästhetikums u.U. zu einer vorübergehenden Einschränkung der Reaktionsfähigkeit führen. Deshalb weisen wir Sie darauf hin, dass die Straßentauglichkeit nicht mehr gewährleistet sein kann. Auch die Arbeit mit gefährlichen Maschinen und die verantwortliche Aufsicht über betreuungsbedürftige Personen (z.B. Kinder) muss dann unterlassen werden.

Solange die Wirkung der Lokalanästhesie besteht (meist ca. 2 - 3 Stunden), sollte der Patient nicht essen.

Durch die Wirkung der Lokalanästhesie können während des Kauens Verletzungen an den Weichteilen der Mundhöhle (z.B. Lippen, Wange) entstehen, ohne dass Sie es bemerken.

Nachdem ich im Rahmen der Aufklärungspflicht über mögliche Komplikationen und notwendige Verhaltensregeln aufgeklärt worden bin, erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei mir/meinem Kind eine Lokalanästhesie («örtliche Betäubung») vorgenommen wird.

Meine Fragen wurden beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht, bzw. erfolgte soweit ich es wünschte. Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Ort und Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten