

Name, Vorname

geb. am

Strasse

PLZ, Wohnort

Telefonnummer- + Mobil-nummer



Krankenkasse

Arbeitgeber

Telefon Arbeitsplatz

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer Gesundheit möglichst genau!

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Herz/Kreislauf

Bluthochdruck

Herzklappenfehler/Herzklappenersatz

Herzschrittmacher

Endokarditisrisiko

Angina pectoris / Herzinfarkt / Herzoperation

Infektiöse Erkrankungen

AIDS / HIV

Hepatitis A / B / C

Tuberkulose

Allergien

ich habe einen Allergiepass

auf Lokalanästhetika (Spritzen)

auf Antibiotika (z.B. Penicillin)

auf Schmerzmittel

auf Metalle

Sonstiges

Blutgerinnungsstörung

Asthma / Lungenerkrankungen

Diabetes

Schilddrüsenerkrankungen

Lebererkrankungen

Nierenerkrankungen

Epilepsie

Tumor, Bestrahlung, Chemotherapie

Endoprothese (künstliches Knie, Hüfte ...)

?

Medikamente

Gerinnungshemmung (ASS, Marcumar, Xarelto, Pradaxa, Eliquis,)

Bisphosphonate (Zometa, Aredia, Aclasta, Bonviva, Bondronat,.....)

?

Drogen (auch Rauchen) ?

Mein Hausarzt

Kieferorthopädie

Bitte alle Änderungen mitteilen, die sich während der Behandlungszeit ergeben.

Bitte wenden!

1. Aufklärung über Lokalanästhesie

- Mir ist bekannt, dass mit einer Betäubungsspritze Risiken und Nebenwirkungen verbunden sein können. Es können in deren Folge Blutergüsse, Schleimhautnekrosen, Gefäß- und Nervverletzungen eintreten. Nervverletzungen können speziell im Bereich des Nervus lingualis und des Nervus mandibularis auftreten. Die Folge wären zeitweise bis dauerhafte Gefühlsverluste im Bereich der Zunge, des Geschmacks, der Unterkieferseite und oder der Unterlippenseite sein.
- Mir ist bekannt, dass nach einer Anästhesie eine eingeschränkte Fahrtüchtigkeit bestehen kann.

Ich stimme trotzdem einer ggf. notwendigen Schmerzausschaltung mit Lokalanästhesie zu.

2. Allgemeinen Geschäftsbedingungen

Ich habe die im Wartezimmer ausgehängten **Allgemeinen Geschäftsbedingungen** zur Kenntnis genommen und bin mit deren Einbeziehung in den Behandlungsvertrag einverstanden.

Ich habe das Merkblatt „Allgemeine Vertragsbedingungen“ zur Kenntnis genommen. Eine Kopie davon kann ich an der Rezeption erhalten.

.....
Datum

.....
Unterschrift