



**Infektionserkrankungen:**

Hepatitis/Gelbsucht  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
HIV  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Tuberkulose  Ja  Nein \_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen:**

Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Nierenfunktionsstörung  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Leberfunktionsstörung  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Neurodermitis  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Rheuma/ Gelenkbeschwerden  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Epilepsie  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Diabetes mellitus  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Osteoporose  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Krebserkrankung  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Geistige Erkrankungen  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Genetische Erkrankung  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Magen- Darm- Erkrankung/Verdauungsbeschwerden  Ja  Nein \_\_\_\_\_

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

**Allergien/ Unverträglichkeiten**

Allergiepass: ( ) Ja ( ) Nein

Lokalanästhetika  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Schmerzmittel  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Antibiotika  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Modeschmuck  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Pflaster  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Heuschnupfen  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Latex/Gummihandschuhe  Ja  Nein \_\_\_\_\_

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

**Allgemeine Angaben:**

Piercing  Ja  Nein

Drogenkonsum  Ja  Nein Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig  
Alkoholgenuss  Ja  Nein Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig  
Raucher  Ja  Nein Wenn ja,  0-10  über 10 Zig/Tag  
Schwangerschaft  Ja  Nein Wenn ja, welche Woche \_\_\_\_\_  
Frühere Röntgenuntersuchungen  Ja  Nein Wenn ja, Datum/ Körperteile \_\_\_\_\_  
Frühere Chemotherapie  Ja  Nein Wenn ja, welches \_\_\_\_\_

Frühere Strahlentherapie  Ja  Nein Wenn ja, wieviel Gray (GY) \_\_\_\_\_  
Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein Wenn ja, seit wann/Name/ Medikationsplan: \_\_\_\_\_


**Wurden bereits operative Eingriffe durchgeführt? Welche/ Wann?**

( ) Mandeln/Polypen ( ) Kieferhöhle ( ) Blinddarm ( ) Unterleib ( ) Schilddrüse ( ) Galle ( ) Sonstige \_\_\_\_\_

**Wurde/ Wird bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? ( ) Ja ( ) Nein**

**Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung/ Zahnfarbe bzw. Ihrem Zahnersatz zufrieden?** \_\_\_\_\_

**Wichtige Information:**

- 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 (persönliche Daten, Angaben zu meinem Gesundheitszustand, Medikamente).
- Ich verpflichte mich vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstandene Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/ Erziehungsberechtigter

## **Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie**

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen wie z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen, Extraktionen, Operationen, in der Regel ohne Schmerzen durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervens (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

- Postinjektionsschmerzen
- Vorübergehende oder dauerhafte Schädigung von Nervenfasern des N. lingualis oder des N. alveolaris inferior in Form von Gefühlsstörungen, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann
- vorübergehende Facialisparese (einseitige Gesichtslähmung) bei Injektion in die große Kopfspeicheldrüse (Glandula parotis)
- Gefäßverletzungen mit Hämatomformation- Bluterguss durch Einblutungen in das umgebende Gewebe
- Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen kommen
- Schleimhautnekrosen (Untergang des Gewebes)
- Infektionen bis zur Abszessformation
- Psychische Reaktionen mit Ohnmacht, Hyperventilation, Übelkeit, beschleunigter Herzschlag
- Allergische Reaktionen auf die Lokalanästhesielösungen, meist auf die Zusatzstoffe wie Natriumdisulfit (Adrenalindestabilisator), in Form von Hautreaktionen, seltener in Form eines anaphylaktischen Schocks
- Selbstverletzung- 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.

*Bitte beachten Sie auch, dass es in Folge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen kann. 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.*

Sollten Sie Nebenwirkungen verspüren, die nach 24h nicht vollständig abgeklungen sind, informieren Sie bitte Ihren Zahnarzt.

### **Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie (bitte kreuzen Sie an)**

- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden
- Ich möchte nie mit örtlicher behandelt werden
- Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden

### **Vom Arzt auszufüllen**

Insbesondere wurden folgende Punkte besprochen:

---

---

Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Datum

Unterschrift