



## Herzlich Willkommen!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis für Zahnmedizin begrüßen zu dürfen. Sprechen Sie mit uns über Ihre individuellen Wünsche und Vorstellungen. Wir beraten Sie gerne über Möglichkeiten und Alternativen!

Bevor wir uns in Ruhe unterhalten, benötigen wir Ihre Personalien und Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie diesen Bogen daher vollständig aus. Sie helfen uns dadurch, eine optimal abgestimmte und risikofreie Behandlungsgrundlage zu schaffen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§203 StGb). Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

### Persönliche Angaben

Herr  Frau  Kind

\*freiwillige Angabe

.....  
Name Vorname Geburtsdatum

.....  
Straße, Hausnummer PLZ, Ort E-Mail

.....  
Telefon (privat): Mobil: Telefon Arbeit

.....  
Beruf\*: Arbeitgeber\*

.....  
Hausarzt Krankenkasse

### Versicherter

.....  
Name, Vorname, Geburtsdatum,

.....  
Adresse falls abweichend

Privat versichert  Basistarif  Standardtarif  Beihilfeberechtigt  
 gesetzlich versichert  Pflichtversichert  freiwillig versichert

### Sie kommen zu uns in die Praxis

zur Untersuchung  zur Schmerzbehandlung  zur Schmerzbehandlung und Weiterbehandlung

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

auf Empfehlung von.....  
 Familie/Freunde  Google  Homepage  Instagram  Außenwerbung  Sonstige.....

### Haben Sie Interesse an

	Ja	Nein
Maßnahmen zur Zahnerhaltung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
professionelle Zahnreinigung „Wellness für Mund und Zähne“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hochwertigem und langlebigem Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einer Beratung über Zahnimplantate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann war ihr letzter Zahnarztbesuch?.....

Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich geröntgt?.....

Wie häufig gehen Sie üblicherweise zum Zahnarzt?.....

## Gesundheitliche Angaben

### Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein	wenn ja, welche?
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Augeninnendruck (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Bluterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Kreislaufkrankung (Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Erkrankungen innerer Organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Knochenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV-Infektion <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob/Varianten <input type="checkbox"/> Krankenhauskeim/ MRSA
weitere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

### Nehmen Sie .....

Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
für den Knochenstoffwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
die das Immunsystem beeinflussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
blutverdünnende Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

Neigen Sie zu Nachblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wieviel am Tag .....

Liegt eine Pflegbedürftigkeit im Sinne des § 15 SGB V vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Grad?.....
--	--------------------------	--------------------------	-----------------------------

## Unser Service für Sie

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie in unser Vorsorge-System aufzunehmen. Sie erhalten dann eine Postkarte von uns, wenn die nächste Kontrolluntersuchung fällig ist.

Haben Sie daran Interesse?  Ja  Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner auf beiden Seiten gemachten Angaben. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, der Praxis umgehend mitzuteilen.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Std. vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Fahrtüchtigkeit durch das Lokalanästhetikum beeinträchtigt werden kann!

Vielen Dank für Ihre freundliche Mithilfe!

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten



DR. MED. DENT.  
OFNER-MARTIN & Kollegen  
Implantologie | Ästhetik | Prophylaxe  
& Kinderzahnheilkunde

## Liebe Patienten,

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, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Um den Nervus trigeminus, der den Kopf mit Gefühle versorgt zu betäuben wird die Lokalanästhesie-Lösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste (Leitungsanästhesie) plaziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen in seltenen Fällen möglich.

In seltenen Fällen kann es zu folgenden Komplikationen kommen:

**Hämatom (Bluterguss):** Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen.

**Nervenschädigungen:** Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nach maximal zwölf Stunden nicht völlig abgeklungen sein, informieren Sie uns bitte.

**Verkehrstüchtigkeit:** Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. 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.

**Selbstverletzung:** Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wange, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Alternativ können wir Ihnen die intraligamentäre Anästhesie (ILA) anbieten, bei der jeweils nur ein Zahn betäubt wird.

Bei dieser Art sind die Nebenwirkungen wesentlich geringer, es kann allerdings vorübergehend das Gefühl auftreten, der Zahn würde aus dem Knochen gedrückt. Bei chirurgischen Eingriffen ist die ILA nicht möglich.

### Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

die Aufklärung habe ich verstanden und meine Fragen wurden beantwortet.

- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen eine örtliche Betäubung
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.
- Ich bevorzuge, wenn möglich die intraligamentäre Anästhesie

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten

**Ihre Praxis für Zahnmedizin Dr. Ofner-Martin, Salinenstraße 8,  
76689 Karlsdorf-Neuthard, Telefon 07251-348555, praxis@dr-ofner-martin.de**



DR. MED. DENT.  
OFNER-MARTIN & Kollegen  
Implantologie | Ästhetik | Prophylaxe  
& Kinderzahnheilkunde

## Einverständniserklärung

hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_,

dass meine Röntgenaufnahmen

per Email [  ]

per Post [  ]

an weitere Behandler (KFO, Kieferchirurgen, usw.) geschickt werden dürfen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der /des Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter



## Patientenfragebogen zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. \*: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!**

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Waren Sie in den letzten 10 Tagen in einem nach dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg ausgewiesenen **Risikogebiet** im Ausland (Reisewarnung)?

- Nein  
 Ja

Hatten Sie Kontakt ohne Mund-Nasen-Bedeckung bzw. Mund-Nasen-Schutz (länger als 15 Minuten, enger als 1,5 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person?  
<https://www.rki.de>

- Nein  
 Ja

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen lassen?

- Nein  
 Falls ja, Testergebnis:  positiv      Testdatum: \_\_\_\_\_  
 negativ

Sind Sie erkrankt?

- Nein  
 Ja und zwar an:  Halsschmerzen       Husten       Fieber  
 Durchfall       Luftnot       Geschmack- u. Geruchslosigkeit

Falls Ja, seit wann: \_\_\_\_\_

Gibt es mindestens einen dieser Risikofaktoren?

- \*Alter: 60 Jahre und älter  
 Herz-Vorerkrankungen  
 Lungen-Vorerkrankungen (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)  
 Chronische Lebererkrankungen  
 Diabetes mellitus  
 Onkologischer Patient (Chemotherapie)  
 Immunsupprimierter Patient (bedingt durch Erkrankungen oder Therapie)

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

....., den ..... Unterschrift: .....

(Ort)

(Datum)