



## Zahnarztpraxis Dipl. Stom. A. Glathe

Ehrenfelder Platz 4

12524 Berlin

Telefon: 030/6338601

[info@zahnarztpraxis-glathe.de](mailto:info@zahnarztpraxis-glathe.de)

### Patient:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

### Anschrift:

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

### E-Mail:

**Möchten Sie regelmäßig an Kontrolluntersuchung/Prophylaxe Termine erinnert werden?**

ja  nein  per E-Mail  per Post

### Beruf

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

### Name der

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ **Besteht eine Zahnzusatzversicherung:**  ja  nein

(Für Privatversicherte: Beihilfe berechtigt  zusätzlich versichert  freiwillig versichert )

### Anamnese:

Besteht eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_ Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

### Bitte kreuzen Sie aktuelle und bisherige Erkrankungen an wie zum Beispiel:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma                              | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen                          |
| <input type="checkbox"/> Hoher / Niedriger Blutdruck         | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung                     |
| <input type="checkbox"/> Infektionen: Hepatitis / TBC / Aids | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)                |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen (z.B. Star)       | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten                         |
| <input type="checkbox"/> Geräusche im Kiefergelenk           | <input type="checkbox"/> Lehnen Sie eine Versorgung mit Amalgam ab |

### Allergien/Unverträglichkeit gegen:

\_\_\_\_\_  
**Sonstige Erkrankungen bzw. weitere Erläuterungen (aktuelle und bisherige):**

\_\_\_\_\_  
**Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja welche?**

\_\_\_\_\_  
Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen *Knochenstoffwechselstörung* wie z.B. Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?  ja  nein

### Risikoaufklärung zur Lokalanästhesie und Allergien

Sehr geehrter Patient, wir sind gehalten, Sie über das Risiko einer örtlichen Betäubung zu informieren. Ein sehr seltenes, aber nicht auszuschließendes Risiko ist die Schädigung von Gesichtsnerven, was zu dauerhaften Beeinträchtigungen führen kann (Gefühlsverlust, Geschmacksstörungen). Auch können die Reaktionsfähigkeiten vermindert sein, was Ihre Sicherheit im Straßenverkehr beeinträchtigt. Sie sollten deshalb auf eine Teilnahme am Straßenverkehr für mindestens 3 Stunden nach der örtlichen Betäubung verzichten.

Darüber hinaus informieren wir Sie, dass sämtliche verwendeten Materialien allergische Reaktionen auslösen können, auch wenn gegen diese bisher keine Allergie vorlag.

Ich erteile hiermit für die (bei Bedarf) Durchführung einer örtlichen Betäubung mein Einverständnis. Ich bestätige die Richtigkeit obiger Angaben. Bei Veränderungen, werde ich den Behandler unverzüglich darüber informieren.

**Die Information zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.**

**Datum:**

**Unterschrift:**