

ZAHNARZTPRAXIS

Dr. Frank Jakobi & Sven Lambrecht
Friedensstr. 7-9 47647 Kerken

Aufklärungsbogen und Einverständniserklärung zur Lokalanästhesie

Name: _____

geb.Dat. _____

Um die geplante zahnärztliche Behandlung weitgehend schmerzfrei durchführen zu können, ist eine Lokalanästhesie („örtliche Betäubung“) erforderlich. Ich erkläre mich damit einverstanden, daß bei mir - meinem Kind - meinem Mündel - meinem Pflegling - eine Lokalanästhesie/Leitungsanästhesie durchgeführt wird, nachdem ich im Rahmen der zahnärztlichen Aufklärungspflicht über mögliche Komplikationen und Risiken sowie mögliche nachteilige Folgen, insbesondere - allergische Reaktion

- Herz-Kreislaufbeschwerden

- Entzündung

- Hämatom

- Kieferklemme

- Nervläsion: Taubheitsgefühl in der UK-Lippe und/ oder Zunge, temporär oder bleibend

eingehend aufgeklärt worden bin.

Weitergehende Fragen meinerseits

- bestehen nicht mehr.

- wurden hinreichend beantwortet.

Ich wurde darauf hingewiesen, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr sowie zum Bedienen von Maschinen nach Lokalanästhesie beeinträchtigt sein kann; dies gilt insbesondere im Zusammenwirken mit Medikamenten (z. B. Schmerzmittel) und Alkohol.

Kerken, den _____

Unterschrift

Anamnese

Name: _____

Patientennummer: _____

geb. Dat.: _____

Hausarzt: _____

	ja	nein	,wenn ja welche Medikamente? ,wenn ja wann eingetreten?
<u>Herz:</u>			
Herzkranzverengung (angina pectoris) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzschwäche :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
künstliche Herzklappe :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzklappenerkrankung :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzrhythmusstörungen :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzinfarkt :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	,wenn ja welches jahr? _____
Herzschrittmacher :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
hoher Blutdruck :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
niedriger Blutdruck :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blutungsneigung :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Gerinnungshemmende			
Medikamente :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
AIDS (HIV) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Asthma :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Chronische Bronchitis :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Heuschnupfen :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diabetes :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Typ: _____
Schilddrüsenerkrankung :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nierenerkrankung :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Lebererkrankung :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hepatitis :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hoher Augeninnendruck :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Allergien :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Medikamentenallergien :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Haben Sie einen Allergiepass?:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja bitte Vorlage zur Kopie
Sonstige Erkrankungen/ Medik:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bisphosphonattherapie (Wann/Wie lange?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche? _____
Schwangerschaft:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche Woche? _____

Recall (Terminerinnerung)

bitte unterstreichen

keinen/ schriftl /telef. /per e Mail

Datum: _____

Unterschrift. _____

Bitte Rückseite durchlesen und unterschreiben.

Danke.