



Mein Hausarzt ist:

Name

Straße

Ort

Telefon

Außerdem bin ich beim Facharzt für

\_\_\_\_\_ in Behandlung.

Name

Straße

Ort

Telefon

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe.

Datum

Unterschrift

## 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, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei 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 (intraalveoläre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (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:

**Hämatom (Bluterguss):** Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutung in einen der Kaumuskel infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

**Nervenschädigung:** Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlstrübungen 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 nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

**Verkehrstüchtigkeit:** Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeiten 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, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

## Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

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

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 Betäubung behandelt werden.

Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Datum

Unterschrift



## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer / Mobil

E-Mail

### Haben Sie eine Zusatzversicherung?

- ja  nein

**Kontaktaufnahme bei Rückfragen und zur Terminerinnerung (automatisches Recallsystem)**  ja  nein

**Ich stimme der Weitergabe meiner persönlichen Daten an Dienstleister (Zahntechnische Labore, Pathologen und andere Dienstleister) unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu. Dies geschieht nur im Falle einer notwendigen Behandlung. Ich stimme einer Kontaktaufnahme per Brief, Telefon oder E-Mail zu. Die Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.**

- ja  nein

## Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

### Herz/Kreislauf

- Herzfehler  
 Angina pectoris  
 Herzinfarkt  
 Herzmuskelentzündung  
 Herzklappenentzündung  
 Künstliche Herzklappe  
 Herzschrittmacher  
 Hoher Blutdruck  
 Niedriger Blutdruck  
 Rhythmusstörungen  
 Herzschwäche

oder \_\_\_\_\_

### Gefäße

- Schlaganfall  
 Durchblutungsstörungen  
 Krampfadern  
 Thrombosen

oder \_\_\_\_\_

### Atemwege/Lunge

- Asthma  
 Tuberkulose  
 Chronische Bronchitis  
 Schlafapnoe  
 Ich schnarche

oder \_\_\_\_\_

### Leber

- Gelbsucht  
 Hepatitis  A  B  C

oder \_\_\_\_\_

### Nieren

- Dialysepflichtigkeit

oder \_\_\_\_\_

### Sind Sie schwanger?

Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

### Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit:  
 Diabetes mellitus Typ I  
 Diabetes mellitus Typ II  
 Schilddrüsenunterfunktion  
 Schilddrüsenüberfunktion

oder \_\_\_\_\_

### Skelettsystem

- Gelenkerkrankungen  
 Rückenbeschwerden

oder \_\_\_\_\_

### Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)  
 Lähmungen  
 Depressionen  
 Angstzustände

oder \_\_\_\_\_

### Augen

\_\_\_\_\_

### Blut

- Gerinnungsstörungen  
 auch bei Blutsverwandten  
 häufiges Nasenbluten  
 blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung  
 Nachbluten nach Operationen

oder \_\_\_\_\_

### Allergie und/oder Überempfindlichkeit gegen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Immunschwäche

- Einnahme von Cortison  
 Zustand nach Organtransplantation  
 AIDS/HIV

oder \_\_\_\_\_

### Knochen

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt?  
 Wegen welcher Erkrankung?

\_\_\_\_\_

Wann? Mit welchem Präparat?

\_\_\_\_\_

### Andere Erkrankungen

- Creutzfeldt Jakob

oder \_\_\_\_\_

### Rauchen Sie?

- ja  nein

### Medikamente

Dauerhaft oder in den letzten Tagen z. B.:

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirin®            | <input type="checkbox"/> ASS        |
| <input type="checkbox"/> Marcumar®           | <input type="checkbox"/> Ticlopidin |
| <input type="checkbox"/> Plavix®/Clopidogrel | <input type="checkbox"/> Pracaxa®   |
| <input type="checkbox"/> Xarelto®            | <input type="checkbox"/> Eliquis®   |
| <input type="checkbox"/> Aggrenox            | <input type="checkbox"/> Efient®    |

oder \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_