Praxis / Stempel

Anamnese und Einwilligung in die zahnärztliche Behandlung

Angaben zur Kundin / zum Kunden

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Telefon

Datum

PATIENTENANAMNESE / EINWILLIGUNG IN DIE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Wichtige Vorerkrankungen — bitte vor der Behandlung mitteilen

- Bisphosphonate, Denosumab oder andere antiresorptive bzw. antiangiogene Medikamente (Risiko einer medikamentenassoziierten Kiefernekrose — bitte UNBEDINGT angeben)
- Herzschrittmacher, implantierter Defibrillator, Herzklappenersatz oder durchgemachte infektiöse Endokarditis
- Hämophilie und andere Gerinnungsstörungen
- Schwangerschaft (besonders erstes und drittes Trimenon — Anästhesie und Röntgen nur bei zwingender Indikation)
- Allergie gegen Lokalanästhetika (Lidocain, Articain)
- Aktive Herpesbläschen im Mund oder um den Mund
- Gerinnungshemmende oder thrombozytenhemmende Medikamente (ASS, Marcumar, Rivaroxaban, Apixaban, Clopidogrel)
- Herzinfarkt oder Schlaganfall in den letzten sechs Monaten
- Autoimmunerkrankungen (rheumatoide Arthritis, Sjögren-Syndrom)
- Latexallergie

ANAMNESE — dieser Abschnitt ist auszufüllen. Verschwiegene Angaben können Ihre Gesundheit und in Einzelfällen Ihr Leben gefährden. Bitte teilen Sie uns bei jedem Termin mit, wenn sich etwas geändert hat.

Herzerkrankungen (Angina pectoris, Bluthochdruck, Klappenerkrankung, koronare Herzkrankheit) oder Herzinfarkt bzw. Schlaganfall in den letzten sechs Monaten?	☐ Ja	☐ Nein
Herzschrittmacher, implantierter Defibrillator, Herzklappenersatz oder durchgemachte infektiöse Endokarditis?	☐ Ja	☐ Nein
Bluterkrankungen (Anämie, Hämophilie, Gerinnungsstörungen)?	☐ Ja	☐ Nein
Diabetes, Schilddrüsenerkrankung oder Asthma?	☐ Ja	☐ Nein
Infektionskrankheiten (Hepatitis B oder C, HIV, Tuberkulose)?	☐ Ja	☐ Nein
Sind Sie schwanger?	☐ Ja	☐ Nein

Falls JA — in welcher Schwangerschaftswoche?

Allergien gegen Medikamente, Latex oder Metalle (bitte auflisten oder KEINE eintragen)

Gerinnungshemmende oder thrombozytenhemmende Medikamente (ASS, Marcumar, Rivaroxaban, Apixaban, Clopidogrel)? ☐ Ja ☐ Nein

☐ OSTEOPOROSE / Bisphosphonate oder Denosumab (aktuell oder früher) — Verschweigen birgt das Risiko einer Kiefernekrose

Hatten Sie jemals eine Reaktion auf eine örtliche Betäubung? ☐ Ja ☐ Nein

Alle regelmäßig eingenommenen Medikamente (auch Inhalatoren, Verhütungsmittel und Nahrungsergänzungsmittel)

BEHANDLUNGSEINWILLIGUNG — Ich willige in die Untersuchung meiner Mundhöhle, die örtliche Betäubung, klinisch gerechtfertigte Röntgenaufnahmen und den vorgeschlagenen Behandlungsplan ein. Die behandelnde Person hat mir in einem persönlichen Gespräch die Untersuchungen und Behandlungen, ihren Nutzen, ihre etwaige Dringlichkeit, ihre Folgen, die üblichen oder schweren vorhersehbaren Risiken sowie die möglichen Alternativen — einschließlich des Verzichts — erläutert, und ich konnte meine Fragen stellen (Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten, Artikel 7). Ich habe vor Behandlungsbeginn einen schriftlichen Kostenvoranschlag erhalten. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann (Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten, Artikel 8). Alle von mir gemachten medizinischen Angaben sind richtig und vollständig.

☐ *Ich willige in die als klinisch gerechtfertigt erachteten Röntgenaufnahmen ein. Ich wurde über die Verwendung ionisierender Strahlung, den Grundsatz der vorherigen Rechtfertigung jeder Exposition und darüber informiert, dass der erwartete diagnostische Nutzen ein geringes Risiko überwiegt (Königlicher Erlass vom 20. Juli 2001 über den Strahlenschutz).*

☐ *Ich willige aufgeklärt in den zahnärztlichen Eingriff und in die örtliche Betäubung ein*

☐ *Ich bestätige, den vorstehenden Hinweis zur Verarbeitung und Aufbewahrung meiner Behandlungsdaten gelesen zu haben*

Ihre Kontaktdaten benötigen wir, um Ihre Behandlung ordnungsgemäß durchführen zu können. Wir kontaktieren Sie zu Terminen, Recall und behandlungsbezogenen Anliegen auf Grundlage des Behandlungsvertrages und unserer berechtigten Interessen (Art. 6 Abs. 1 lit. b und lit. f DSGVO); die Behandlungsdokumentation verarbeiten wir nach Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit dem Gesetz vom 30. Juli 2018.

☐ *Ich willige ein, Informationen zu Prophylaxeaktionen, Neuigkeiten und Angeboten zu erhalten — freiwillig und jederzeit widerruflich*

DATENSCHUTZERKLÄRUNG — Ich bestätige, den Hinweis gelesen zu haben, dass Verantwortlicher _____, Anschrift: _____, Unternehmensnummer (ZDU/KBO): _____ ist. Meine Gesundheitsdaten werden zum Zweck der Diagnostik und Behandlung durch Berufsgeheimnisträger verarbeitet (Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit dem Gesetz vom 30. Juli 2018); meine Einwilligung ist hierfür nicht die Rechtsgrundlage. Die Patientenakte wird nach Abschluss der Behandlung dreißig Jahre aufbewahrt (Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten, Artikel 9); berufsrechtliche Vorgaben können längere Fristen vorsehen. Mir stehen die Rechte auf Auskunft, Berichtigung und Löschung sowie das Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde (GBA), Rue de la Presse 35, 1000 Brüssel zu.

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten (Anamnese, Einwilligung und Datenschutz)

Verhaltenshinweise nach Extraktion oder oralchirurgischem Eingriff

> NACH IHRER EXTRAKTION ODER OPERATION — bitte lesen und jeden Punkt bestätigen. Werden diese Hinweise nicht befolgt, kann es zu Komplikationen kommen, die einen weiteren Termin erforderlich machen.

1. TUPFER: 30 bis 40 Minuten fest aufbeißen und nicht ausspucken. Ein leichtes Nachbluten über einige Stunden ist normal. Hält die Blutung länger als eine Stunde an, legen Sie einen frischen sauberen Tupfer auf, beißen fest zu und rufen die Praxis an. Außerhalb der Sprechzeiten wenden Sie sich an den zahnärztlichen Notdienst.

☐ Ich weiß, wie ich den Tupfer verwende und wann ich die Praxis oder den Notdienst kontaktieren muss

2. ESSEN UND TRINKEN: zwei Stunden nichts essen und trinken, bis die Betäubung nachgelassen hat — achten Sie darauf, sich nicht auf Lippe, Wange oder Zunge zu beißen. 24 Stunden lang kühle, weiche Kost (Joghurt, Suppe) und keine heißen Getränke.

☐ Ich esse zwei Stunden nichts und halte 24 Stunden kühle, weiche Kost ein

3. 24 BIS 48 STUNDEN STRIKT MEIDEN: Rauchen und Dampfen, Trinken mit dem Strohhalm, Alkohol, intensiven Sport und Mundspülen. Jede dieser Handlungen kann das Blutgerinnsel lösen und eine Alveolitis sicca auslösen — einen sehr schmerzhaften Zustand, der einen weiteren Eingriff erfordert.

☐ Ich verzichte mindestens 24 Stunden auf Rauchen, Strohhalm und intensiven Sport

4. MUNDHYGIENE: wie gewohnt Zähne putzen, das Operationsgebiet dabei aussparen. Ab dem Folgetag nach den Mahlzeiten vorsichtig mit lauwarmer Salzlösung spülen (ein halber Teelöffel Salz auf ein Glas Wasser). Keine alkoholhaltigen Mundspülungen.

☐ Ich weiß, wie ich nach dem Eingriff Zähne putze und spüle

5. MEDIKAMENTE: Schmerzmittel und Antibiotika genau nach Verordnung einnehmen und die Packung aufbrauchen. Geeignet sind in der Regel Paracetamol und Ibuprofen; Acetylsalicylsäure ist zu vermeiden, weil sie die Blutung verstärkt. Nehmen die Schmerzen nach dem dritten Tag zu oder treten Fieber, Schwellung oder Schluckbeschwerden auf, kontaktieren Sie sofort die Praxis; bei Atem- oder Schluckproblemen wählen Sie die 112.

☐ Ich nehme die Medikamente wie verordnet und melde mich, falls die Schmerzen nach dem dritten Tag zunehmen

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten (Verhaltenshinweise erhalten)