

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bedanken uns für das Vertrauen, das Sie uns durch Ihren Besuch entgegenbringen. Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben, die selbstverständlich der **Schweigepflicht** unterliegen. (Änderungen bitte mitteilen!)

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenversicherung: gesetzlich privat
 Beihilfe

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail _____ @ _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Bei Familienversicherung oder Minderjährigen bitte Angaben des **Versicherten**:

Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Leiden Sie an (bitte zutreffendes ankreuzen!):

- Allergien/Medikamentenunverträglichkeit ? _____
- Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis A, B oder C)? _____
- Blutgerinnungsstörungen Epileptische Anfälle? Asthma? Rheuma?
- Glaukom (grüner Star)? Diabetes Typ I oder II? Schilddrüsenerkrankung?
- Herz-/Kreislaufkrankungen? _____
- Hatten Sie eine Herzoperation? Benötigen Sie eine Endocarditisprophylaxe? _____
- Haben Sie einen Herzschrittmacher? _____
- Sonstige Erkrankungen? _____
- Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? _____
- Nehmen Sie derzeit Medikamente zur Blutverdünnung (Marcumar, ASS, Plavix, Iscover)? _____
- Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate bei Osteoporose oder malignen Erkrankungen (Aredia, Zometa, Bondronat, Fosamax,...)? _____
- Wurden Sie bestrahlt oder hatten Sie eine Chemotherapie? _____
- Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Monat: _____
- Welche Medikamente nehmen Sie dauerhaft?: _____
- Haben Sie eine Pflegestufe?: _____
- Wer ist Ihr Hausarzt? _____
- Durch wen wurden Sie empfohlen/überwiesen? _____

Wünschen Sie eine Erinnerung zur jährlichen Untersuchung? **Brief** **E-Mail**

- Sind Sie an einer Prophylaxe interessiert?

Bitte wenden !

Anästhesieaufklärung:

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der Ausschaltung des Schmerzempfindens, wodurch wir in der Regel schmerzfrei behandeln können. Die Lokalanästhesie ist ein sehr sicheres Verfahren, dennoch kann es zu Unverträglichkeiten und folgendenden Komplikationen führen:

- **Hämatome/Bluterguss:** Durch die Verletzung kleinerer Gefäße im umliegenden Gewebe und Einblutungen kann es vorübergehend zu Einschränkungen der Mundöffnung und Schmerzen kommen.
- **Nervenschädigung:** In sehr seltenen Fällen kann eine Irritation der Nervenfasern eintreten, die Gefühlsstörungen Im Zungen-/Lippenbereich auslösen kann.
- **Selbstverletzung:** Bitte essen Sie nichts und trinken Sie keine heißen Getränke, solange die Betäubung anhält, damit Sie sich nicht selbst verletzen. Die aktive Teilnahme am Straßenverkehr – insbesondere das Führen eines Kraftfahrzeuges – kann nach einer Anästhesie nicht verantwortet werden.

Elektronische Übermittlung Ihrer Daten:

Da wir von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns gezwungen werden, Ihre Daten zur Abrechnung auf elektronischem Weg zu übermitteln, müssen wir um Ihr Einverständnis bitten. Des Weiteren erbitten wir Ihre Erlaubnis Ihre Röntgenbilder bei Bedarf an die behandelnden Kollegen (Kieferchirurg, HNO, Hausarzt, Überweiser, etc.) in elektronischer Form übersenden zu dürfen.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Bitte beachten Sie, dass eine Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten ohne Einverständnis zur Abrechnungsübermittlung nicht möglich ist.

Ich erkläre mich mit der elektronischen **Übermittlung zu**

Abrechnungszwecken ausdrücklich einverstanden!

ja nein Unterschrift _____

Ich erkläre mich mit der elektronischen **Weitergabe von**

Röntgenbildern und anderen Befunden ausdrücklich einverstanden!

ja nein Unterschrift _____

Das Informationsblatt zur Datenschutzgrundverordnung

habe ich erhalten, gelesen und stimme der

Datenspeicherung, Verarbeitung und Weitergabe

ausdrücklich zu!

ja nein Unterschrift _____

Waging, den _____

Unterschrift des Patienten/

Erziehungsberechtigten/ Bevollmächtigten