

## Informationen bezüglich lokaler Betäubung

### Gibt es Komplikationen?

In der Regel treten bei einfachen Behandlungsmaßnahmen durch den Zahnarzt keine Komplikationen auf. Trotz aller Sorgfalt können jedoch durch die Behandlung selbst oder durch das Einspritzen von Mitteln zur örtlichen Betäubung vereinzelt folgende Störungen vorkommen:

- Meist harmlose Verletzungen an Schleimhaut, Zunge und seltener an Knochengewebe, die in der Regel von selbst abheilen.
- Selten leichtere Unverträglichkeitsreaktionen auf das Betäubungsmittel oder andere Medikamente, die sich z.B.: als Hautausschlag, Quaddelbildung oder Juckreiz äußern. Äußerst selten stärkere allergische Reaktionen, die sich im ungünstigsten Fall als **lebensbedrohlicher** Kreislaufkollaps äußern und eine intensivmedizinische Behandlung erfordern könnten.
- Blutungen und Nachblutungen, die in der Regel keiner Behandlung bedürfen; Schwierigkeiten können auftreten, wenn eine Blutgerinnungsstörung vorliegt oder wenn blutgerinnungshemmende Medikamente eingenommen werden.
- Verschlucken oder Einatmen von Fremdkörpern (z.B.: gezogener Zahn, Füllung, Instrument). Wurde ein Fremdkörper verschluckt, ist meist eine Überwachung ausreichend. Wurde jedoch ein Fremdkörper eingeatmet, so muss er durch einen Facharzt – meist mit Hilfe einer Bronchoskopie - entfernt werden.
- Selten Infektionen bei Maßnahmen, welche eine Verletzung an Schleimhaut oder Knochen zur Folge haben (z.B.: Zahnextraktion, Wurzelkanalbehandlung). Dadurch kann es zu einer Beeinträchtigung der Wundheilung oder zu einer erhöhten Schmerzhaftigkeit im behandelten Bereich kommen. Unterstützend kann dann eine Behandlung mit Antibiotika notwendig sein.
- Äußerst selten Schädigung von Nerven durch die Einspritzung von Betäubungsmitteln. Es kommt dann zu einer länger andauernden Gefühllosigkeit von Zunge und Lippen, die in der Regel von selbst abklingt. In seltenen Fällen kann dieses Taubheitsgefühl auch dauerhafter sein (mögl. Folge: ungewollter Speichelaustritt).

Sollten bei Ihnen/Ihrem Kind besondere Eingriffe oder Operationen erforderlich sein, so werden Sie über die weitergehenden Risiken und Komplikationen gesondert aufgeklärt.

### Einverständniserklärung:

**Über die hier beschriebenen seltenen Eventualfälle wurde ich informiert und bin mit der Behandlung einverstanden. Ich bin darüber aufgeklärt, dass im Falle eines vereinbarten Folgetermins, der länger als eine halbe Stunde dauert, ich diesen nicht binnen 24 Std. telefonisch oder persönlich absage, mir eine Ausfallsberechnung in Höhe von 18,89 € pro angefangener halber Stunde in Rechnung gestellt werden kann.**

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient(in) / Erziehungsberechtigte(r) \_\_\_\_\_

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen bei Fragen gern zur Verfügung!



## Fragebogen für Patienten



## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

### Patientenangaben:

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Vor- und Nachname Erziehungsberechtigter / gesetzlicher Vertreter		Geburtsdatum
Straße / Hausnr.	PLZ	Ort
Telefon	Handy	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber	Ort des Arbeitgebers
Krankenkasse / Bei privat Versicherten: Name der Versicherung		Bei Privatversicherung bitte ankreuzen: Basistarif? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Zusatzversicherung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Gesundheitsfragen:

Asthma, Lungenerkrankung

Herzerkrankung, Kreislaufstörung \_\_\_\_\_

Rheumatisches Fieber, Endokarditis, Herzklappenleiden, Osteoporose

Hepatitis  HIV

Nierenerkrankung  Schilddrüsenerkrankung

Depression / Nervenleiden  Blutungsleiden (Anämie)

Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente oder Medikamente gegen Osteoporose ein? Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? (Allergie?) \_\_\_\_\_

Drogenkonsum  Alkoholkonsum

Rauchen Sie?  Schwangerschaft, Woche: \_\_\_\_\_

Letzte Kontrolluntersuchung: \_\_\_\_\_

Letzte prof. Zahnreinigung: \_\_\_\_\_

### Was können wir tun, um Sie besonders gut zu behandeln?

Ich bin interessiert an Botox bzw. Faltenbehandlung.  ja  nein

### Fragen zur individuellen Behandlung

Wieviel Angst haben Sie vor der Behandlung?  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
1 = wenig Angst ... 10 = starke Angst

### Auf diese Praxis wurde ich aufmerksam durch:

- Google
- pers. Empfehlung von: \_\_\_\_\_
- Website
- Jameda
- Sonstige: \_\_\_\_\_

## Honorarvereinbarung nur für Privatversicherte

Ich möchte als Privatpatient von Herrn Dr. Brächer, Frau Dr. Brächer-Radecker, ggf. von deren Vertreter behandelt werden. Die Rechnungsstellung erfolgt von Dres. Brächer.

Das Praxisteam ist stets bemüht, sich nach den aktuellsten Richtlinien und Behandlungsmethoden um die Gesundheit Ihrer Zähne zu kümmern. Dabei steht die individuelle Behandlung Ihrer Zähne und Ihres Gebisszustandes im Vordergrund und die Behandlung wird daraufhin abgestimmt.

Die Berechnung der erbrachten Leistungen erfolgt nach der derzeit gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Bei Bedarf kann es zu einer Gebührensatzsteigerung kommen, welche im Einzelfall begründet wird.

Die Behandlung richtet sich nicht nach der evtl. Erstattung bestimmter Positionen durch Dritte oder nach dem individuell gewählten Versicherungstarif, sondern nach dem tatsächlichen Behandlungsbedarf.

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

**Nicht- oder Teilerstattung entbindet mich nicht der vollständigen Zahlung der Rechnungssumme.**

Name des Patienten		
Ort	Datum	Unterschrift Patient(in) / Erziehungsberechtigte(r)
		Unterschrift Zahnarzt