

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

Telefon: _____
Handy: _____
E-Mail: _____

Hausarzt: _____
Ort: _____

Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Telefon: _____

Risikoaufklärung über die zahnärztliche Lokal.- bzw. Leitungsanästhesie

1. Bei der Spritze im Unterkiefer kann es zur Schädigung des Unterkieferhauptnervs (Nervus mandibularis) und des Zungennervs (Nervus lingualis) kommen. Im Extremfall mit dauernd anhaltender Taubheit von Zunge und/oder Unterlippe.
2. Lokalanästhesien (örtliche Betäubungen) können zu einer möglichen Verkehrsuntüchtigkeit führen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Absprache Ihrer Behandlungstermine!

Privatpatienten:

Haben Sie einen sogenannten Standardtarif abgeschlossen? ☐ ja ☐ nein
Bekommen Sie eine Erstattung durch die Beihilfe? ☐ ja ☐ nein

Kassenpatienten:

Haben Sie eine **Zahnzusatzversicherung** abgeschlossen ? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, seit wann besteht diese Zahnzusatzversicherung? seit: _____

Information zu vereinbarten Terminen

Wir möchten Sie bitten, Termine bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr (gemäß §615 BGB) in Rechnung zu stellen.

Eintragungen in die ePA

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Borschel Einträge in meine elektronische Patientenakte (ePA) vornimmt.

Datum/Unterschrift

Bitte beachten Sie die Rückseite!

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	NEIN	JA	Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen 1.1 Zu hoher Blutdruck 1.2. Herzrhythmusstörungen 1.3. Blutgerinnungsstörungen 1.4. Herzinfarkt, wann? 1.5. Herzschrittmacher, seit wann? 1.6. Herzklappenfehler/-ersatz, seit wann? 1.7. Schlaganfall, wann?	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
2. Grauer Star	_____	_____	
3. Atemwegs-/Lungenerkrankungen 3.1. Tuberkulose 3.2. COPD 3.3. Asthma	_____ _____ _____	_____ _____ _____	
4. Morbus Crohn	_____	_____	
5. Nierenerkrankungen 5.1. Chronische Niereninsuffizienz, welches Stadium? 5.2. Dialyse	_____ _____	_____ _____	
6. Hepatitis, seit wann?	_____	_____	
7. Erkrankungen des Bewegungsapparates 7.1. Rheuma 7.2. Osteoporose	_____ _____	_____ _____	
8. Epilepsie, wann war der letzte Anfall?	_____	_____	
9. Stoffwechselerkrankungen 9.1. Diabetes mellitus 9.2. Schilddrüsenerkrankung	_____ _____	_____ _____	
10. Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? 10.1. HIV bzw. AIDS, seit wann? 10.2. Tumorerkrankungen, seit <u>wann</u> ? Mit Chemo <u>und/oder</u> Bestrahlung?	_____ _____ _____	_____ _____ _____	
11. Sonstige medizinische wichtige Informationen: 11.1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, welche? 11.2. Besitzen Sie eine Aufbisschiene? Seit? 11.3. Nehmen Sie regelmäßig Alkohol und/oder Drogen zu sich, welche? 11.4. Rauchen Sie, wie viel täglich? 11.5. Medikamentenunverträglichkeit/Allergie, gegen? Allergiepass vorhanden? 11.6. Besitzen Sie einen Pflegegrad oder befinden sich momentan in einer Wiedereingliederung?	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	
Frauen: 11.7. Sind Sie aktuell schwanger, wann ist der Entbindungstermin? 11.8. Stillen Sie momentan?	_____ _____ _____	_____ _____ _____	