

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mail.: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

#### Risikoauklärung 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. Herzkappenfehler/-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?	_____	_____	
<b>Frauen:</b> 11.7. Sind Sie aktuell schwanger, wann ist der Entbindungstermin? 11.8. Stillen Sie momentan?	_____	_____	