

DR. ALEXANDRA ORDELHEIDE
PROF. DR. SEBASTIAN BÜRKLEIN
DR. FRIEDRICH BERNICK
CARL GRÜBEL
DR. REBEKKA BORRINK
DR. LISA SPECHT

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

PATIENTENDATEN

Name, Vorname: _____ Geb. am: _____
Geburtsort: _____ Anschrift: _____
Telefon / Mobil: _____ E-Mail: _____ Beruf: _____

VERSICHERUNG

Privat bei: _____ Basis/Standardtarif? beihilfeberechtigt?

Gesetzlich bei: _____ Kostenerstattungsprinzip gewählt? Zuzahlungsbefreit?

Familienversichert bei: Name: _____ Geb.-datum: _____
Anschrift: _____

Zusatzversicherung bei: _____

Für Privatversicherte: Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass unsere Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ/GOÄ) erstellt werden. Mit unten stehender Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden.

ANAMNESE

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe / haben Sie Allergien ja nein
Welche? _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? _____ ja nein
Bluten Sie lange nach Verletzungen? ja nein
Haben oder hatten Sie eine ansteckende Erkrankung (Hepatitis, TBC, HIV, etc.)? ja nein
Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja in welcher Woche? _____ Woche ja nein
Rauchen Sie? ja nein
Haben Sie Zahnfleischbluten? ja nein
Haben Sie sonstige Erkrankungen? Welche? _____ ja nein
Ihr Hausarzt ist: Dr. _____

Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad nach § 15 Sozialgesetzbuch XI? ja nein
Besteht bei Ihnen eine Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII? ja nein

Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung statt? _____

Benutzen Sie andere Mundhygienemittel als Zahnbürste und Zahnpasta? Welche? _____

Möchten Sie an Ihren Termin erinnert werden? Telefon SMS E-Mail nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung Praxisschild Internet

Wir bitten Sie um rechtzeitige Benachrichtigung, 24 Stunden vorab, falls Sie einen Termin nicht einhalten können.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ort, Datum, Unterschrift Patient

EINVERSTÄNDNIS ANÄSTHESIE

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der Ausschaltung des Schmerzempfindens im Zahn-, Mund- und Kieferbereich, wodurch zahnärztliche Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden können. Obwohl die örtliche Betäubung ein sicheres Verfahren ist, sind Nebenwirkungen (Intoxikation, Hyperventilation, psychisch ausgelöste Reaktionen) und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht immer vermeidbar. Zudem kann es zu lokalen Komplikationen wie beispielsweise Fraktur der Kanüle, Verletzung von Blutgefäßen, lokale Infektion, Eigenverletzungen (Bissverletzungen) kommen.

Bei der sog. Leitungsanästhesie (Platzierung des Lokalanästhetikums in der Nähe eines der drei Hauptäste des Nervus Trigemini) besteht ein sehr seltenes, aber nicht auszuschließendes Risiko der Schädigung von Nervenfasern. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem örtliche Betäubungen im Unterkiefer, bei denen die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- und Lippenregion betroffen sein können. Eine spezielle Behandlung dieser Schädigungen gibt es nicht. Die Möglichkeit einer spontanen Heilung muss abgewartet werden.

Weiterhin machen wir Sie darauf aufmerksam, dass die Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter dem Einfluss von Injektionen sowie Medikamenten, die vor, während oder nach der Behandlung verabreicht werden, unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Ob Sie eine örtliche Betäubung vor oder während einer Behandlung benötigen oder wünschen, entscheiden Sie jeweils gerne im Gespräch mit uns.

Ich habe die Risikoaufklärung zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ort, Datum, Unterschrift Patient

EINVERSTÄNDNIS WURZELKANALBEHANDLUNG

Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass es bei der zahnärztlichen Behandlung zum Verschlucken und/oder Aspirieren von Materialien (beispielsweise Zahnreste, Füllungs- oder Instrumententeile) kommen kann.

Eine Wurzelkanalbehandlung stellt die Behandlung des Endodonts („Zahninneren“) dar. Sie ist nötig, wenn die Pulpa entzündet oder abgestorben ist. Alternativtherapien sind die der Wurzelspitzenresektion oder der Extraktion des Zahnes. Eine Wurzelkanalbehandlung ist stets nur ein Versuch des Zahnerhalts. Sollte bei Ihnen die Indikation zur Durchführung einer Wurzelkanalbehandlung bestehen, so weisen wir hiermit auf mögliche Komplikationen und Risiken hin: Beschwerden am behandelten Zahn, Auftreten von Schwellungen, Perforation des Wurzelkanals / der Furkation, Bruch der feinen Wurzelkanalinstrumente im Kanal, Überstopfung des Wurzelkanalfüllmaterials (ggf. in Kieferhöhle / Canalis mandibularis), Blasen/Imperfektionen, Allergien auf Wurzelfüllmaterial oder Spülzwischenfälle. Folgen einer Nichtbehandlung können anhaltende Schmerzen, eine Ausweitung der Entzündung auf den Kieferknochen sowie eine Abszedierung sein.

Ort, Datum, Unterschrift Patient

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ankreuzen und durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Zahnarzt Carl Grübel.

Ja, ich bin mit der Verarbeitung einverstanden.

Terminerinnerungen

Gerne erinnern wir Sie auch in Zukunft an Ihre bereits vereinbarten Termine. Hierfür werden Sie von uns per Mail oder SMS angeschrieben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, **soweit ich diese oben nicht durchgestrichen habe.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Alexandra Ordelheide und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift
