

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

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

Wünschen Sie eine Erinnerung an die Vorsorge?  Nein  Ja

Wenn ja  per Post  per Mail: \_\_\_\_\_

## Gesundheitsfragebogen

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden vertraulich behandelt.

### Herz-/Kreislaferkrankungen:

- hoher Blutdruck  ja  nein  
 niedriger Blutdruck  ja  nein  
 Herzinfarkt  ja  nein  
 Herzrhythmusstörung  ja  nein  
 Herzschrittmacher  ja  nein  
 Endokarditis (Entzündg. Herzinnenwand)  ja  nein  
 Herzoperation  ja  nein  
 Anfallsleiden (Epilepsie):  ja  nein  
 Asthma/Lungenerkrankungen:  ja  nein  
 Blutgerinnungsstörungen:  ja  nein  
 Diabetes/Zuckerkrankheit:  ja  nein  
 Schlaganfall  ja  nein

- Lebererkrankungen  ja  nein  
 Magen-Darm-Erkrankungen  ja  nein  
 Osteoporose  ja  nein  
 chronische Gelenkentzündung  ja  nein  
 Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
 Tumorerkrankung  ja  nein  
 Nierenerkrankungen:  ja  nein  
 Augenerkrankungen:  ja  nein

### Sonstige Erkrankungen:

### Infektiöse Erkrankungen:

- AIDS  ja  nein  
 Hepatitis  ja  nein  
 Tuberkulose  ja  nein

### Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Wenn ja, welche?  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat?

**Bitte wenden!!!**

Wurden Sie in der letzten Zeit im Gesichts-/Kieferbereich operiert?

ja  nein

Wenn ja, wann:

Hatten Sie einen Unfall, der an die Berufsgenossenschaft gemeldet wurde?

ja  nein

Rauchen Sie?

ja  nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Besitzen Sie einen Pflegegrad?

ja  nein

Wenn ja, welchen?

### Komplikationen bei der zahnärztlichen Lokalanästhesie

Im Allgemeinen wird die Lokalanästhesie sehr gut vertragen, Komplikationen kommen insgesamt selten vor (1 von 1 Mio Spritzen). Das Auftreten von Komplikationen ist auch abhängig von Alter, Gesundheitszustand, Lebensweise, etc. unerwünschte Nebenwirkungen lassen sich leider nicht immer vermeiden, aber durch eine ordnungsgemäße Anwendung reduzieren.

#### Komplikationen

- schmerzende Einstichstelle – häufig, aber harmlos
- lokale Infektion durch verschleppte Speichelkeime in die Gefäße – gering bei gutem Immunsystem
- Fraktur der Kanüle – fast nie, da heutzutage Einwegkanülen
- unabsichtliche Selbstverletzung (z.B. durch Wangenbeißen), während die Betäubung noch anhält
- vorübergehende Sensibilitätsstörungen, selten auf Dauer
- Verletzung von Blutgefäßen (da Blutgefäße neben Nervenfasern verlaufen – kommt es Manchmal zu einer Perforierung des Gefäßes) – harmlos, außer bei Blutern
- länger dauerndes bis anhaltendes Taubheitsgefühl – selten (meist Unterkiefer) wenn während der Anästhesie die Kanülenspitze auf eine Nervenfaser trifft
- Überempfindlichkeit oder allergische Reaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock (lebensbedrohlich), auf verwendete Wirkstoffe/Materialien (z.B.: Hautausschläge, Juckreiz, Hautrötung, Schwellung der Lippen, Herzrasen, Übelkeit)
- Komplikationen durch Adrenalin (Gefäßverengungsmittel):
  - Kopfschmerzen, Angst, Nervosität, Blutdruckanstieg, Bewusstseinsverlust, Hyperventilation
  - Psychisch ausgelöste Reaktionen z.B. Ohnmacht, Blutdruckabfall, Verwirrung, Unruhe

Nach dem zahnärztlichen Eingriff kann es durch Behandlungsangst und –stress zu eingeschränkter Fahrtauglichkeit kommen.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlung ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_