

Telefon:

Überweisender Arzt/Zahnarzt:

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben:

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich leide an einer der folgenden Erkrankungen oder bin deswegen schon einmal behandelt worden:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herz- oder Kreislauferkrankung:
z.B. hoher Blutdruck, Endokarditis, Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe, Angina pectoris, Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Rheuma, Gelenkschwellungen |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutzucker | <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom) |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | |

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Leiden Sie unter einer Allergie? Wenn ja, unter welcher/n? Haben Sie einen Allergieausweis?

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein:

Wurde oder wird bei Ihnen eine Chemotherapie oder eine Therapie mit Bisphosphonaten durchgeführt?

Ich habe Spritzen zur örtlichen Betäubung nicht vertragen.

Ich habe folgende Antibiotika nicht vertragen:

Ich neige zu verstärkten Blutungen nach zahnärztlichen Eingriffen.

Ich leide an folgenden chronischen Infektionskrankheiten:

z.B. Hepatitis, HIV/AIDS, Methicillinresist. Staph. aureus/MRSA

Ich leide sonst noch unter folgenden Erkrankungen:

Ich habe im letzten Jahr meinen Arzt wegen folgender Erkrankung aufgesucht:

Ich habe Zahnfleischbluten/Mundgeruch.

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

fraglich

Datum

Unterschrift

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zu eventuell notwendigen Abklärungen oder Informationen

- mit meiner/m Hauszahnärztin/-arzt,

- mit meiner/m Hausärztin/-arzt

- mit weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen und

- zwischen den Zahn-/Ärzten der Praxisgemeinschaft Dres. Wiegel

ausgetauscht werden dürfen, und dass

- zahntechnische Fragestellungen mit den Mitarbeitern des beauftragten zahntechnischen Labors besprochen werden,

- die Datenverarbeitungssysteme und Programme von den beauftragten Firmen (Evident in Bad Kreuznach und Cosi in Sigmaringen) gewartet werden und

- die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Informationen an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden dürfen.

Datum

Unterschrift

ERKLÄRUNG ÜBER DIE LOKAL- UND LEITUNGSANÄSTHESIE

Ich bin damit einverstanden, dass mir – falls notwendig – eine Lokal- oder Leitungsanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (Taubheitsgefühl, Kribbeln). Die Irritationen verschwinden in aller Regel wieder. Extrem selten können jedoch auch bleibende Sensibilitätsstörungen resultieren. Außerdem kann es durch eine Leitungsanästhesie im Unterkiefer zu einer vorübergehenden Kieferöffnungseinschränkung durch Hämatombildung kommen. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlichen Eingriffen unter örtlicher Betäubung die aktive Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen kann.

Datum

Unterschrift

ERNEUERUNG DER ANAMNESE

Ich versichere, dass die obenstehenden Angaben korrekt sind. Falls nicht, sind die Änderungen oben angegeben.

Datum:

Unterschrift:

Datum:

Unterschrift:

Datum:

Unterschrift: