



Dr. Magunski

DR. ANDRE MAGUNSKI

CARLO-SCHMID-STRASSE 1

40595 Düsseldorf

Telefon 0211- 7 39 36 58 Fax 0211 – 7 39 36 61

Email: drmagunski@gmx.de, magunski@gmx.net, zahnarzt-magunski@gmx.de

Liebe Patientin, Lieber Patient,

Wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen!

Damit wir für Sie alle aus Anlass Ihres Besuches in unserer Praxis erforderlichen anamnestischen, diagnostischen und therapeutischen Untersuchungen und sonstigen Maßnahmen (Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankschreibungen etc.) erbringen können, benötigen wir von Ihnen eine Vielzahl persönlicher und gesundheitsbezogener Informationen. Auch im Hinblick auf die Kooperation und Korrespondenz (z.B. Arztbrief) mit Dritten, beispielsweise Ihrem Hausarzt, anderen Fachärzten, Zahntechnischen Laboren, Therapeuten, Pflegediensten oder stationären Einrichtungen, bei denen Sie ebenfalls in Behandlung sind, bedarf es einer gesonderten und ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung Ihrerseits. Diese Informationen untereinander sind bei der Erbringung unserer ärztlichen und pflegerischen Leistungen notwendig und sinnvoll. Selbstverständlich gilt auch bei dieser Übermittlung Ihrer Daten die ärztliche Schweigepflicht. Daher dürfen wir Sie auch im eigenen Interesse bitten, die nachstehende Einwilligungserklärung aufmerksam zu lesen und zu unterzeichnen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Einwilligungserklärung

Ich, _____ geb. _____
erkläre mich damit einverstanden, dass die o.g. Praxis die mich betreffenden Gesundheitsdaten (insbesondere Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Befunde) und personenbezogene Daten an die im Rahmen meiner Behandlung beteiligten Dritten (insbesondere Hausarzt, behandelnde Fachärzte, zahntechnischen Laboren, Krankenhäuser, Pflegedienst, Pflegeeinrichtung, Krankenkassen, Kassenzahnärztlicher Vereinigung, Zahnärztekammer) zum Zwecke der durchzuführenden Dokumentation und der ärztlichen Leistungserbringung übermittelt.
Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die o.g. Praxis die für meine Behandlung erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen erhebt und für die Zwecke der Behandlung speichert, verarbeitet und nutzt.
Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass die o.g. Praxis die für meine Behandlung bei anderen Ärzten erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde auf Anforderung an diese übermittelt.
Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift

Um bei Ihrer Behandlung alle Risiken einschätzen zu können und die für Sie optimale Therapie zu wählen, beantworten Sie uns bitte die folgenden Fragen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht! Bei Unklarheiten befragen Sie bitte den Arzt. *Ihr Praxisteam Dr. Andre Magunski*

Name (Patient) _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter (Name, Vorname, Geburtsdatum) _____ Straße und Hausnummer _____ Plz., Ort _____

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____ Beruf _____

Wo sind Sie krankenversichert? _____
(Name der Krankenkasse)

_____ gesetzlich _____ freiwillig versichert _____ beihilfeberechtigt _____ zusatzversichert _____ privat _____

Ich bin in einem Standard- o. Basistarif versichert

Welchen Bonusanspruch haben Sie? _____%

Sind Sie an unserem halbjährlichen Erinnerungsdienst interessiert? Ja Nein

(So sichern Sie Ihren Bonusanspruch)

Angaben zu Ihrer Gesundheit **Ja** **Nein** **Erläuterung**

Haben Sie Zahnfleischbluten (auch manchmal!)? _____

Haben Sie Mundgeruch? _____

Haben Sie Geräusche im Bereich des Kiefers? _____

Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack im Mund? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten:

•Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten (welche) _____

•Anfallsleiden (Epilepsie) _____

•Atemwegserkrankungen (Asthma, Atemnot, etc.) _____

•Blutgerinnungsstörungen / Blutverdünner
Nehmen Sie regelmäßig entsprechende Medikamente? _____

•Diabetes Typ I Typ II („Altersdiabetes“) _____

•Osteoporose _____

•Glaukom (erhöhter Augendruck) _____

•Herz-Kreislaufkrankungen (Schlaganfall
Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzschrittmacher etc.) _____

•Hoher / Niedriger Blutdruck _____

•Blutgerinnungsstörungen _____

•Infektionskrankheiten (HIV/Hepatitis/Tuberkulose) _____

•Andere Erkrankungen (z.B. Leber/ Magen/Darm/Nieren) _____

•Schilddrüsenerkrankung _____

Wurden Sie in den vergangenen Jahren operiert? Woran? _____

Besteht eine Schwangerschaft? _____

Rauchen Sie? Wieviele pro Tag? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? _____

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? _____

Wurden Sie kürzlich im Kiefer-/Gesichtsbereich geröntgt? _____

Unterschrift: _____

Haben Sie Kinder unter 18 Jahre? ja nein**Haben Sie Interesse an einer Implantat- Versorgung?** ja nein
 ich hätte gerne mehr Informationen**Haben Sie Interesse an einer Prophylaxe/Zahnreinigung?** ja nein
 ich hätte gerne mehr Informationen**Besteht Interesse an hochwertigen, zahnfarbenen Füllungstherapien?** ja nein
 ich hätte gerne mehr Informationen**Haben Sie Interesse an biokompatibler Keramikversorgung?** ja nein
 ich hätte gerne mehr Informationen**Wünschen Sie sich eine Amalgamsanierung?** ja nein
 ich hätte gerne mehr Informationen**Empfinden Sie Angst /Unwohlsein vor der Behandlung?** 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(Hier steht 1 für „ja“ und 9 für „nein“)

Sind Sie unzufrieden mit der Farbe/Form Ihrer Zähne? 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(Hier steht 1 für „ja“ und 9 für „nein“)

Wie wichtig ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne? 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(Hier steht 1 für „sehr wichtig“ und 9 für „völlig unwichtig“)

Ich interessiere mich für hochwertige Versorgungsformen. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(Hier steht 1 für „sehr“ und 9 für „gar nicht“)

Haben Sie weitere Wünsche oder Bedürfnisse? ja nein

(z.B. Betäubung/ Anästhesie/Zahnaufhellung)

Kommen Sie auf Empfehlung? ja nein**Wenn ja, von wem?** _____**Was war für Sie im Empfehlungsgespräch besonders interessant?**
_____**Wenn nicht durch Empfehlung, wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**
_____**Ich bin damit einverstanden, auf notwendige oder sinnvolle Untersuchungen/Behandlungen/Praxisurlaubszeiten auch telefonisch, schriftlich, über E-Mail oder per SMS hingewiesen zu werden.****Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Falls sich mein Gesundheitszustand ändert, teile ich es Ihnen mit.**

Datum

Unterschrift

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie (Seite 3 von 3)

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung von Schmerzempfindung im Zahn, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operation) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intraligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptnerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten nicht unbedingt vermeidbar.

Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleinerer Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskel infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Nervenschädigung: Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung: Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

- Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Name, Vorname

Datum

Unterschrift