

Krankenkasse bzw. Kostenträger			
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	

Praxis / Klinik / Krankenhaus / Institution:

# Aufklärungs-, Anamnese- und Einwilligungsbogen für die Behandlung beim Zahnarzt ggf. mit Lokal-/Leitungsanästhesie - Erwachsene und Kinder -

Bestell-Code  
MKOp02ADe  
fachbuch  
perimed

Vor dem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin / dem Arzt sorgfältig lesen und ausfüllen!

Behandlungs-Datum.....Uhrzeit ca.....

Bitte kommen Sie pünktlich am .....Uhrzeit.....

Behandelnde(r) Ärztin/Arzt.....

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

die allermeisten zahnärztlichen Behandlungen verlaufen ohne jede Komplikation. Behandlungen, die eine örtliche oder Leitungsanästhesie nötig machen, beinhalten jedoch im Ausnahmefall Risiken, die Sie kennen müssen um sich entscheiden zu können. Zur Einschätzung individueller Risiken muss Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt über wesentliche Fragen Ihren Gesundheitszustand/den Gesundheitszustand Ihres Kindes informiert sein. Die Beantwortung der Anamnesefragen auf Seite 3 dient daher Ihrer Sicherheit/der Sicherheit Ihres Kindes. Sprechen Sie mit Ihrer Zahnärztin/Ihrem Zahnarzt über alle Fragen, die nach dem Lesen dieses Bogens bleiben und fragen Sie nach den spezifischen Risiken der bei Ihnen/Ihrem Kind vorgesehenen Behandlung.

### Risiken einer zahnärztlichen Behandlung

Bekanntermaßen sind zahnärztliche Behandlungen wie Bohren, Schleifen, Ziehen von Zähnen oder auch Zahnimplantationen zwar oft unangenehm aber dennoch risikoarm. Insbesondere bei Anwendung von Betäubungsmitteln („Spritzen“) kann es jedoch Komplikationen geben, die nachfolgend geschildert werden. Sollte in Ausnahmefällen eine Vollnarkose notwendig sein, werden Sie getrennt von einer Anästhesistin/einem Anästhesisten aufgeklärt.

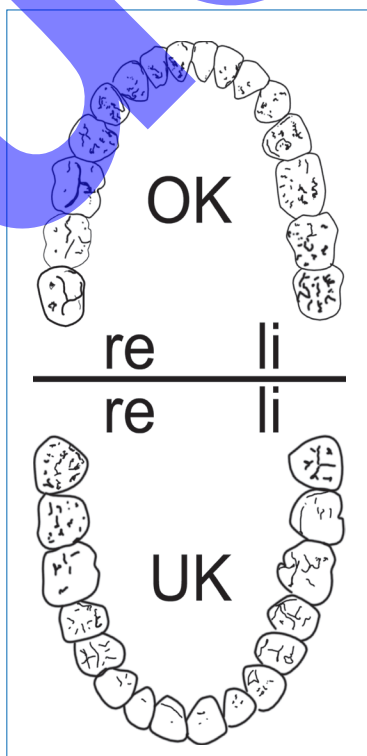
- Trotz Betäubung kann es während einer zahnärztlichen Behandlung zu Schmerzen kommen, die meist durch Nachspritzen behoben werden können.
- Blutergüsse, Blutungen, Entzündungen, Infektionen oder Wundheilungsstörungen können an Einstichstellen von Spritzen oder an Operationsstellen auftreten. Auch können Weichteile des Gesichts betroffen sein. Daraus kann die Notwendigkeit von Nachbehandlungen mit Antibiotika, Spülungen oder einer Operation erwachsen. Auch bleiben manchmal andauernde Schmerzen und Narben zurück. Bei Einnahme von gerinnungshemmenden Mitteln kann es zu verstärkten Nachblutungen kommen, die u.U. behandelt werden müssen.  
Fülle Sie daher die Fragen auf Seite 3 dieses Bogens sorgfältig aus.
- Selten treten Brechreiz, Hautausschlag, Juckreiz, Quaddelbildung, Schwellungen oder Schwindel als allergische Reaktionen oder Überempfindlichkeit auf verabreichte Betäubungsmittel und

Medikamente auf. Sie klingen meist bald wieder ab.

- Schwere allergische Reaktionen auf eingesetzte Medikamente und Betäubungsmittel führen sehr selten zur Verschlechterung der Atemfunktion bis hin zum Atemstillstand und extrem selten zu lebensbedrohlichen Herz-Kreislaufstörungen (Schock). Daraus kann eine Minderdurchblutung von Organen wie Hirn oder Nieren resultieren, woraus sich Organschäden entwickeln können (z. B. Hirnschädigung mit Krampfanfällen, Nierenversagen).

- Ein mögliches Problem ist das Verschlucken oder Einatmen von gezogenen oder abgebrochenen Zähnen, Instrumententeilen oder Füllungen. Das Verschlucken macht normal keine Probleme. Es findet lediglich eine Überwachung statt. Wird jedoch ein Fremdkörper versehentlich eingeatmet, muss er häufig durch einen Spezialisten mit einem Bronchoskop entfernt werden.
- Sehr selten werden Nerven durch Einspritzungen oder Behandlung in Mitleidenschaft gezogen. Daraus resultieren manchmal Geschmacks- und Gefühlsstörungen sowie Taubheitsgefühle von Zunge oder Lippen.

Ihre Ärztin/Ihr Arzt muss rechtzeitig wissen, welche Medikamente Sie/Ihr Kind normalerweise einnehmen und am Vortag eingenommen haben, damit sie/er Ihnen mitteilen kann, welche vor der Behandlung ab- oder ausgesetzt oder in der Dosis verringert werden müssen. Das betrifft vor allem blutgerinnungshemmende Mittel. Lassen Sie sich dazu von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt rechtzeitig beraten!



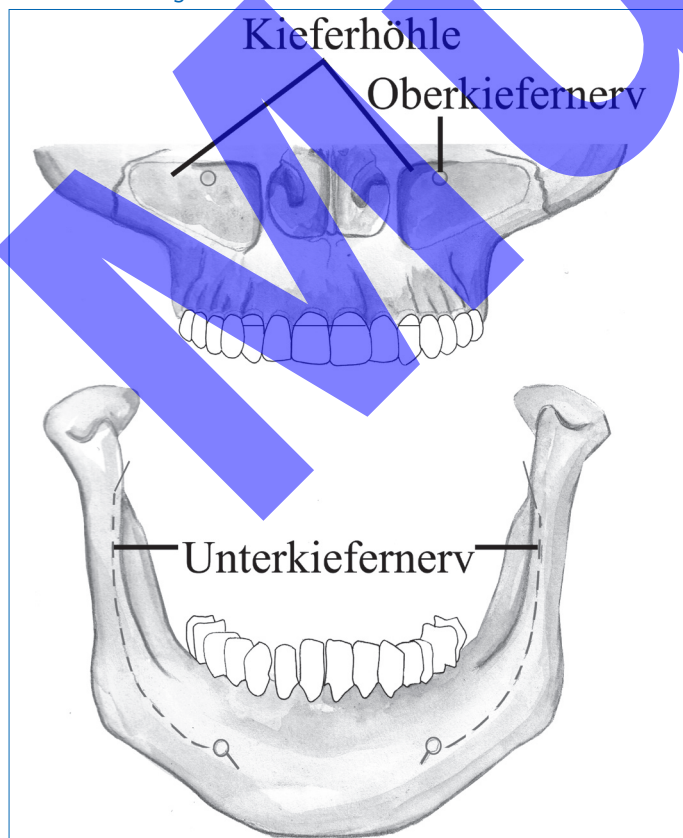
**Weshalb sind Sie/Ihr Kind heute gekommen?**

Zur Vorsorge?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zur Nachsorge?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wegen Zahnschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wegen lockerer Zähne?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wegen chronischer Schmerzen im Kiefergelenk?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wegen chronischer Kopfschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wegen Mundgeruch?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wegen Zahnfleischbluten beim Zähneputzen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wegen einer Nachbehandlung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zur Zahnsteinentfernung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen herausnehmbaren Zahnersatz?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Alter des Zahnersatzes? .....Jahre

Sonstige Gründe und Beschwerden:


Abb: Darstellung des knöchernen Gebisses mit Nervenbahnen

**Verhalten nach einer zahnärztlichen Behandlung**

Nach einer zahnärztlichen Behandlung kommt es oft zu einer Schwellung und zu Schmerzen, die jedoch mit Schmerzmitteln gut zu beherrschen sind. Außerdem kann die Öffnung des Mundes eingeschränkt sein. Es hilft, von außen zu kühlen, um Schwellungen und Schmerzen gering zu halten.

Bitte nach einer zahnärztlichen Behandlung so lange nicht rauchen und nicht essen oder heiße Getränke zu sich nehmen, bis eine verabreichte Betäubung abgeklungen und eine eventuelle Blutung zum Stillstand gekommen ist! Das kann 5 Stunden oder länger dauern.

Bohnenkaffee und Alkohol sollten Sie/Ihr Kind so lange meiden, bis die Wunde verheilt ist. Stattdessen können Sie Mineralwasser oder Tee trinken.

Bei der Mundpflege sollten Sie/Ihr Kind eine eventuell vorhandene Wundfläche ausnehmen und nicht spülen. Die Wunde sollten Sie/Ihr Kind auch nicht berühren.

Besprechen Sie unbedingt mit Ihrer Zahnärztin/Ihrem Zahnarzt, wie die vor einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen veränderte Einnahme von Medikamenten wieder aufgenommen werden soll (z.B. gerinnungshemmende Mittel)!

Wenn Blutungen auftreten, sollten Sie/Ihr Kind für eine halbe Stunde auf sterilen Verbandsmull oder ein sauberes Taschentuch beißen.

Wenn genäht werden mußte und Fäden vom Körper nicht von selbst aufgesaugt werden, müssen sie von der Zahnärztin/dem Zahnarzt entfernt werden.

**24 Stunden nach einer zahnärztlichen Behandlung mit Gabe von Beruhigungs-, Betäubungs- oder Schmerzmitteln dürfen Sie/Ihr Kind auf keinen Fall ein Auto oder Motorrad/Motorroller/Fahrrad führen oder Maschinen bedienen. Für Angehörige von Risikoberufen wie Kraftfahrern, Piloten etc. gelten besondere Vorschriften, die beachtet werden müssen.**

Lassen Sie sich gegebenenfalls abholen und stellen Sie sicher, dass Sie abgeholt und betreut werden bzw. Ihr Kind abgeholt und betreut wird (siehe Seite 4).

**Wenn sich das Befinden verschlechtert und wenn Sie bei sich oder Ihrem Kind Atem- oder Kreislaufstörungen bemerken oder Fieber, Schwellungen, anhaltende Blutungen oder pochende Schmerzen, müssen Sie Ihre Zahnärztin/Ihren Zahnarzt verständigen oder die Notaufnahme einer Klinik aufsuchen.**

**Jetzt bitte den Fragebogen auf Seite 3 ausfüllen** >



## Sicherheitsfragen (bei ambulanter Behandlung)

### Erreichbarkeit nach der Behandlung:

**Patientenname, Vorname** (bei Kindern Name der Eltern/Sorgeberechtigten)

**Telefon Vorwahl**                      **Nummer**

**Handy Vorwahl.**                      **Nummer**

### Der Transport nach Hause erfolgt

mit öffentl. Verkehrsmittel                       mit einem Taxi   
 mit einem Krankenwagen                       mit einem Privatwagen   
 mit (sonstiges Verkehrsmittel):

Name der Begleitperson (Fahrer(in)):

Art der Beziehung (Mutter, Vater, Ehefrau, Ehemann, Freund etc.):

### Die pflegerische Betreuung zu Hause erfolgt durch:

### Die ärztliche Betreuung zu Hause erfolgt durch:

Praxis/Klinik/Dr

Straße:                      Nr.                      Ort

Tel.: Vorwahl                      Nr:

Kann der oben genannte Aufenthaltsort von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt innerhalb von 30 Minuten erreicht werden?    Ja     Nein

Steht im Notfall ein Fahrer mit Auto /Taxi für den schnellen Transport zum Arzt/Krankenhaus zur Verfügung?    Ja     Nein

### Bei Ablehnung einer zahnärztlichen Behandlung

Die Patientin/der Patient/die Eltern/Sorgeberechtigten erbat(en) mehr Bedenkzeit.

Trotz Aufklärungsgespräch und intensiver Beratung der Patientin/des Patienten/der Eltern/Sorgeberechtigten wurde eine zahnärztliche Behandlung abgelehnt. Über mögliche Folgen der Ablehnung wurde aufgeklärt. Als Gründe für die Ablehnung gab(en) die Patientin/der Patient/die Eltern/Sorgeberechtigten an:

Datum                      Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern/Sorgeberechtigten\*

Unterschrift der Ärztin/des Arztes                      ggf. Unterschrift eines Zeugen

\*Beide Elternteile oder die Sorgeberechtigten müssen unterschreiben. Wenn nur ein Elternteil unterschreibt erklärt sie/er, daß sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder ihr/ihm das alleinige Sorgerecht zusteht.

Dieser perimed Patientenaufklärungsbogen hat die Nr.:



## Vorgesehene Maßnahmen

### Zahnärztliche Behandlung

Art der Behandlung

Sonstige Maßnahmen

### Lokale Betäubung

### Leitungsanästhesie

### Kurznarkose

### Vollnarkose

## Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

Hier trägt Ihre Ärztin/Ihr Arzt alle wesentlichen zusätzlichen Informationen ein, die sie/er Ihnen zum individuellen Fall mitgeteilt und mit Ihnen besprochen hat:

## Einwilligungserklärung (nach dem Gespräch)

Nach dem Lesen dieses perimed Patientenaufklärungsbogens und nach dem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt

Frau/Herrn Dr. med. ....  
 fühle ich mich/fühlen wir uns voll informiert und aufgeklärt. Meine/unsere Fragen über die zahnärztliche Behandlung und die vorgesehene Betäubung (evtl. Leitungsanästhesie), ihre Vor- und Nachteile und die Alternativen wurden ausreichend und verständlich beantwortet und mögliche Komplikationen besprochen.

Ich willige/wir willigen nach reiflicher Überlegung in die vorgesehene Behandlung ein.

Ich willige/wir willigen auch in notwendige Änderungen oder Erweiterungen der zahnärztlichen Behandlung ein, wenn dies während des Eingriffs notwendig oder geraten erscheint. Mit Neben- und Folgeeingriffen bin ich/sind wir einverstanden.

**Mir/uns ist bekannt, dass ich/ unser Kind nach ambulanter Behandlung für mindestens 24 Stunden nicht selbst ein Fahrzeug führen darf, wenn ich/ unser Kind ein Schmerz- oder Betäubungsmittel erhalten habe/ hat (z.B. Leitungsanästhesie).**

Datum: Tag                      Monat                      Jahr                      Uhrzeit.

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern/Sorgeberechtigten\*

Unterschrift der Ärztin/des Arztes