



DENTAL EAST
DR. MARC VOLLERT

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in Ihrer Praxis für Zahngesundheit.**

Wir möchten Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten.
Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung
benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie folgende Fragen vollständig und richtig.
Bei Rückfragen helfen wir Ihnen selbstverständlich gerne weiter.

Patient

Name	Vorname	
Geburtsname	Geburtsort/Land	Geburtsdatum

Mitglied

Name	Vorname	
Geburtsname	Geburtsort/Land	Geburtsdatum

Anschrift

Straße/Nr.	PLZ/Ort
Telefon privat	Mobil
Telefon tagsüber	E-Mail

Krankenkasse/Privatversicherung

Name				
gesetzlich versichert	freiwillig versichert	privat versichert	zusätzlich versichert	
beihilfeberechtigt	zuzahlungsbefreit	Ich habe als Privatpatient nur einen Basistarif abgeschlossen		
Beruf	Arbeitgeber			
Hausarzt				
Ihr Hauptanliegen				
Haben Sie Interesse an alternativmedizinischer Therapiebegleitung?			Ja	Nein
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?				
Darf ich Sie per Mail über Neuigkeiten zur Zahngesundheit und/oder aus meiner Praxis informieren?			Ja	Nein

Bestellpraxis

Da wir eine Bestellpraxis sind, bitten wir Sie, jeden Termin telefonisch, online oder persönlich mit uns zu vereinbaren. Wir vergeben jeden Termin nur einmal und haben dann auch wirklich die Zeit für Sie, die wir benötigen. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach der privaten Gebührenverordnung (GOZ) berechnen müssen.

Bitte auch die Rückseite ausfüllen.
Vielen Dank.

Angaben zur Gesundheit

Ganzheitliche Zahnheilkunde beruht auf dem einfachen Gedanken, dass die Ursache vieler akuter und chronischer Erkrankungen im Mund liegt. Andererseits können allgemeine Erkrankungen auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Daher bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Haben Sie folgende Erkrankungen?

	Ja	Welche	Nein
Herz-/Kreislaufkrankungen, Herzschrittmacher:			
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC oder sonstige):			
Blutgerinnungsstörungen, Nehmen Sie z.B. Marcumar:			
Allergien / Überempfindlichkeiten (Heuschnupfen, Asthma, bestimmte Medikamente, Sonstiges):			
Haben Sie orthopädische Beschwerden?			
Innere Krankheiten:			
Diabetes/Osteoporose:			
Rauchen Sie?		Wieviel?	
Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein, z.B. Bisphosphonate?			
Besteht z.Zt. eine Schwangerschaft?			
Sonstiges (z.B. Tinnitus, Migräne):			
Datum der letzten Röntgenuntersuchung:		Der Zähne	
Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden (Knacken, Reiben)?			
Haben Sie kaumuskuläre Beschwerden (Einschränkung Mundöffnung, Verspannungsgefühl)?			

Angaben und besondere Wünsche zur Behandlung

Möchten Sie über ein intensives Vorsorge (Prophylaxe-) Programm zur Vermeidung von Karies und Parodontose informiert werden?	Ja	Nein
Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches? Zahnfleischbluten?	Ja	Nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne zufrieden?	Ja	Nein
Passen Ihre Zahnreihen richtig zusammen?	Ja	Nein

Wünschen Sie eine Beratung über

Schientherapie	Ästhetische Zahnheilkunde	Zahnfleischbehandlung	Zahnaufhellung/Bleaching
Zahnimplantate	Kiefergelenksbehandlung	Alternative Zahngesundheit	Zahnersatz
Füllungstherapie	Parodontosebehandlung	Sonstiges	

Geschafft! Vielen Dank, dass Sie alle Fragen sorgfältig beantwortet haben.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben.



DENTAL EAST

DR. MARC VOLLERT

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen, Zahnentfernungen etc.) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird die Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesie möglichst dicht an kleinen Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragligamentäre Anästhesie) oder in der Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert.

Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind die Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen 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 Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen, kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt bei entsprechenden Beschwerden informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Nervenschädigung: Bei einer 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 Zungen- oder Unterkieferhälfte sowie die 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 umgehend 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 die lokale 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, Wange, 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 dieses jeweils individuell entscheiden

Datum

Unterschrift



DENTAL EAST
DR. MARC VOLLERT

Allgemeine Informationen für unsere Patient:innen

1. In unserer Praxis erhalten Sie eine qualifizierte, umfassende und den Erkenntnissen der modernen Zahnheilkunde folgende Behandlung. Durch Einbeziehung einer ganzheitlichen Sichtweise sind wir darüber hinaus der biologischen Zahnmedizin verpflichtet. Wir wollen damit auch den Vorstellungen anspruchsvoller Patienten und den Erfordernissen schwieriger Behandlungsfälle entsprechen können. Das Ziel ist der Erhalt und die Rekonstruktion der natürlichen Strukturen des Kausystems unter Berücksichtigung der Lebensqualität des Patienten. Wir bemühen uns dieses Ziel, durch überdurchschnittliche Qualität und Präzision bei allen zahnärztlichen Leistungen sowie einen darauf ausgerichteten Praxisablauf zu erreichen. Die Behandlung beruht auf einem partnerschaftlichen Verhältnis der Zusammenarbeit mit dem Patienten.
2. An längere Termine, die für umfangreiche Behandlungen vergeben werden und u.U. einer gründlichen Vorbereitung bedürfen, werden Sie mit einem kurzen Anruf am Vortag erinnert.
3. Unsere Patienten werden auf Wunsch über mögliche Kosten und Zuzahlungen vorgesehener Behandlungen im Voraus unterrichtet. Dazu bieten wir an, vor Beginn eines jeden Behandlungsabschnittes einen Kostenplan auszuarbeiten.
4. Die in der Praxis verwendeten Materialien werden nach strengen Qualitätskriterien ausgewählt. Wir beziehen diese nur von autorisierten Partnern und achten sorgfältig auf die biologische Verträglichkeit. Da jeder Organismus jedoch anders sensibel reagiert, kann es sinnvoll sein, Materialien für z.B. Füllungen, Kronen oder Zahnersatz vorab auszutesten. Es stehen unterschiedliche Tests zur Verfügung. Von den gesetzlichen Krankenkassen werden die Kosten dafür i.d.R. nicht übernommen. Bitte sprechen Sie uns bei Interesse an.
5. Bei Zahnersatzbehandlungen können Vorauszahlungen der Laborkosten vereinbart werden.
6. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir in unserer Praxis ein exaktes Terminmanagement haben, d.h. wir vergeben genaue Behandlungstermine und planen einen festen Behandlungszeitraum für Sie ein. Daher kommt es zu keinen oder nur sehr kurzen Wartezeiten und wir können uns für Ihre Behandlung die Zeit nehmen, die notwendig ist. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte sobald als möglich, mindestens jedoch einen, besser zwei Tage vorher, damit wir den Termin anderweitig vergeben können. Bei kurzfristiger Terminabsage oder unentschuldigtem Terminversäumnis behalten wir es uns vor, ein Ausfallhonorar lt. §615 BGB in Rechnung zu stellen.

Datum

Unterschrift

Informationen zum Schutz Ihrer Daten und Zustimmung entspr. DSGVO:

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Mit den Datenschutzbestimmungen (die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar) bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch Email (info@dental-east.de) widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Datum

Unterschrift