

## Entbindung von der Schweigepflicht und Einverständniserklärung zur Datenübertragung

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_, wohnhaft in \_\_\_\_\_,

die Zahnärzte Dr. F. Jakobi und Sven Lambrecht, von ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, Modelle, Rezepte etc.) gegebenenfalls, an entsprechende Einrichtungen:

- Zahntechniklabor
- Krankenkasse
- Fach-und Hauszahnarzt
- Gutachter
- Untersuchungslabor
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
- Sozialleistungsträger
- Meldung gemäß Bundesinfektionsschutzgesetz (bei übertragbaren Krankheiten; auch ohne Zustimmung) – ggf. anonymisiert oder pseudonymisiert
- Berufsgenossenschaft (bei Berufskrankheiten)
- Datenschutzbehörde (auch ohne Einwilligungserklärung)

weitergeleitet werden dürfen.

Ich erkläre mich des Weiteren damit einverstanden, dass der entsprechenden Einrichtung, auf Anforderung, weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung erteilt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht, bzw. Datenübertragung, jeder zeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Kerken, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

## Aufklärungsbogen und Einverständniserklärung zur Lokalanästhesie

Um die geplante zahnärztliche Behandlung weitgehend schmerzfrei durchführen zu können, ist eine Lokalanästhesie („örtliche Betäubung“) erforderlich. Ich erkläre mich damit einverstanden, daß bei mir - meinem Kind - meinem Mündel - meinem Pflegling - eine Lokalanästhesie/Leitungsanästhesie durchgeführt wird, nachdem ich im Rahmen der zahnärztlichen Aufklärungspflicht über mögliche Komplikationen und Risiken sowie mögliche nachteilige Folgen, insbesondere - allergische Reaktion

- Herz-Kreislaufbeschwerden

- Entzündung

- Hämatom

- Kieferklemme

- Nervläsion: Taubheitsgefühl in der UK-Lippe und/ oder Zunge, temporär oder bleibend

eingehend aufgeklärt worden bin.

Weitergehende Fragen meinerseits

- bestehen nicht mehr.

- wurden hinreichend beantwortet.

Ich wurde darauf hingewiesen, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr sowie zum Bedienen von Maschinen nach Lokalanästhesie beeinträchtigt sein kann; dies gilt insbesondere im Zusammenwirken mit Medikamenten (z. B. Schmerzmittel) und Alkohol.

Kerken, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

# Anamnese

Name: \_\_\_\_\_

geb. Datum: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

|  | Ja | Nein | Wenn ja, welche Medikamente und wann eingetreten! |
|--|----|------|---|
| <b>Herzkranzverengung</b>                  |    |      |   |
| (angina pectoris) :                        | ★  | ★    | _____   |
| Herzschwäche :                             | ★  | ★    | _____   |
| <b>künstliche Herzklappe</b> :             | ★  | ★    | _____   |
| Herzklappenerkrankung :                    | ★  | ★    | _____   |
| Herzrhythmusstörungen :                    | ★  | ★    | _____   |
| Herzinfarkt :                              | ★  | ★    | _____   |
| Herzschrittmacher :                        | ★  | ★    | _____   |
| hoher Blutdruck :                          | ★  | ★    | _____   |
| niedriger Blutdruck :                      | ★  | ★    | _____   |
| Blutungsneigung :                          | ★  | ★    | _____   |
| <b>Gerinnungshemmende<br/>Medikamente</b>  | ○  | ○    | _____   |
| <b>AIDS (HIV)</b> :                        | ★  | ★    | _____   |
| Asthma :                                   | ★  | ★    | _____   |
| Chronische Bronchitis :                    | ★  | ★    | _____   |
| Heuschnupfen :                             | ★  | ★    | _____   |
| Diabetes :                                 | ★  | ★    | _____   |
| Schilddrüsenerkrankung :                   | ★  | ★    | _____   |
| Nierenerkrankung :                         | ★  | ★    | _____   |
| Lebererkrankung :                          | ★  | ★    | _____   |
| <b>Hepatitis</b> :                         | ★  | ★    | _____   |
| Hoher Augeninnendruck :                    | ★  | ★    | _____   |
| Allergien :                                | ★  | ★    | _____   |
| <b>Medikamentenallergien</b> :             | ★  | ★    | _____   |
| Haben Sie einen Allergiepass?:             | ○  | ○    | _____   |
| Sonstige Erkrankungen/<br>Medik.           | ○  | ○    | _____   |
| <i>Bisphosphonattherapie</i> (<br>Welche?) | ○  | ○    | Wann/Wie lange? _____<br>_____                    |
| Schwangerschaft                            | ★  | ★    | Welcher Monat _____                               |
| Recall? Erinnerung Termin                  | ★  | ★    | Telefonisch/E-Mail , bitte ggf.streichen          |