

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Patientin / Patient

## Aufklärungs-, Anamnese- und Einwilligungsbogen

### Anästhesien in der Zahnheilkunde

- Infiltrationsanästhesie
- Leitungsanästhesie
- Intraligamentäre Anästhesie (ILA)
- Lachgassedierung

Bitte vor dem Arztgespräch sorgfältig lesen, Fragen notieren

Fall-Nr:

Patienten-Nr. (ID)

Behandlungsdatum

Zu benachrichtigende(r) Angehörige(r):

Beziehung zum Patienten /Verwandtschaftsgrad:

Entscheider Tel.-(Handy-)Nr.

Entscheider E-Mail-Adresse

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

Sie kommen zu Ihrer Zahnärztin / Ihrem Zahnarzt, um Ihre Zähne behandeln zu lassen mit dem Ziel, diese langfristig erhalten zu können. Dies soll Sie so wenig wie möglich belasten.

Dieser Patientenaufklärungsbogen dient der Grundinformation über die vorgeschlagene Behandlung, über die Ihre Ärztin / Ihr Arzt vorher mit Ihnen noch sprechen wird, und der Aufklärungsdokumentation. Typische Risiken und Folgen sowie mögliche Alternativen müssen Sie kennen, damit Sie sich entscheiden und wirksam in die Behandlung einwilligen können. Notieren Sie am besten zur Vorbereitung Ihres Arztgesprächs alle Fragen, die nach dem Lesen dieses Bogens bleiben und über die Sie vor einer Entscheidung noch mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt sprechen wollen, auf der vorletzten Seite.

#### Basisinformationen

Die Mehrheit der Patienten empfindet die zahnärztliche Behandlung als unangenehm und schmerzhaft. Aus diesem Grund können vor der eigentlichen Behandlung Maßnahmen zur Schmerzausschaltung (Desensibilisierung) durchgeführt werden. Dazu gibt es verschiedene Methoden.

#### Informationen zur Behandlung

##### Infiltrationsanästhesie

Diese kann am Oberkiefer durchgeführt werden. Bei der Infiltrationsanästhesie wird das Betäubungsmittel am Übergang zwischen beweglicher und fester Schleimhaut in diese eingespritzt. Es betäubt Wange, Knochen und Gaumen im Bereich des zu behandelnden Zahns / der zu behandelnden Zähne sowie die Nerven zu den entsprechenden Zähnen und sorgt somit für eine schmerzlose Behandlung. In der Regel dauert es einige Minuten, bis die ausreichende Betäubungswirkung eingetreten ist. Die Betäubung hält noch ca. 2 Stunden nach Beendigung der Behandlung an.

##### Leitungsanästhesie

Im Unterkiefer ist eine Leitungsanästhesie möglich. Dazu wird das Betäubungsmittel hinten oberhalb der Unterkieferseitenzähne eingespritzt, wo Nerven und Gefäße für den Unterkieferbereich in den Knochen eintreten. Der halbe Unterkiefer, die halbe Lippe und oft auch die halbe Zunge werden betäubt. Die Betäubungswirkung tritt erst nach ca. 10 Minuten ein und dauert in der Regel 2 – 3 Stunden.

##### Intraligamentäre Anästhesie (ILA)

Die Einzelzahnanästhesie oder Intraligamentäre Anästhesie (ILA) als minimalinvasive Maßnahme ist sowohl im Oberkiefer als auch im Unterkiefer möglich. Dazu werden mit einer sehr feinen Injektionsna-

del ohne großen Druck sehr geringe Mengen des Betäubungsmittels in den Spalt zwischen Zahnhals und Zahnfleischsaum eingespritzt. Die Betäubungswirkung erfasst nur einen begrenzten Bereich, sie tritt unverzüglich ein und klingt etwa zeitgleich mit dem Ende der Behandlung wieder ab.

##### Lachgassedierung

Eine Behandlung unter Lachgassedierung ist ebenso möglich, eine solche Behandlung ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und in jedem Fall kostenpflichtig und nicht für jede Patientin / jeden Patienten geeignet.

Lachgas wird im Körper nicht abgelagert und muss auch fast nicht abgebaut werden (nur 0,04 %), da es zu mehr als 99 % abgeatmet wird.

Aufgrund eines wachen und ansprechbaren Zustands während der Lachgassedierung kann der Behandler zu jeder Zeit informiert werden, falls es Probleme gibt. Die Patienten berichten über einen Schwebzustand, manchmal über einen lustigen Rausch (daher der Name des Gases), Euphorie, auch über Kribbeln in den Fingerspitzen oder den Beinen, in der Regel fühlen sie sich völlig entspannt. Manchmal ist eine zusätzliche Lokalanästhesie erforderlich, deren Verabreichung die Patientin / der Patient jedoch selten bemerkt.

Weil das Lachgas nach 100%iger Sauerstoffgabe am Schluss der Behandlung nahezu vollständig abgeatmet wird, kann die Praxis ohne Nachwirkungen verlassen werden. Als Gas dringt Lachgas in Hohlräume wie zum Beispiel die Nasen-Nebenhöhlen oder das Mittelohr ein.

#### Mögliche Erweiterungen zur Behandlung

Über mögliche Erweiterungen des Eingriffs werden Sie im Vorfeld ausführlich von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt informiert.



perimed Patientenaufklärung • Herausgeber: perimed Fachbuch Verlag Dr. med. Straube GmbH  
 ©1979-2018 perimed Fachbuch Verlag Dr. med. Straube GmbH • Flugplatzstr. 104 • D - 90768 Fürth • [www.perimed.de](http://www.perimed.de)  
 Tel: +49 (0)911 50 722-130 • Fax: +49 (0)911 50 722-140 • [service@perimed.de](mailto:service@perimed.de)  
 Jurist. Beirat: Rechtsanwälte Broglie, Schade & Partner GbR • Wiesbaden-Berlin-München • Tel: +49 (0)611-180950 • [www.arztrecht.de](http://www.arztrecht.de)  
 Kopieren und Nachdruck verboten - Kopie des ausgefüllten Bogens zur Abgabe an Patientin/Patienten gem. PRG gestattet



Bogen-Code:  
**MkZa001De**  
 Edition  
 01-18-05\_04-LD  
 4250112715538



Manchmal treten aber erst während eines Eingriffs für die Ärztin/den Arzt nicht vorhersehbare Befunde auf, die zu einer Änderung der ursprünglich geplanten Vorgehensweise zwingen.

Bitte erteilen Sie Ihre Einwilligung in notwendige oder sinnvolle Erweiterungen oder Änderungen des vorgesehenen Eingriffs bereits jetzt, damit diese im selben Betäubungsverfahren durchgeführt werden können und ein erneuter Eingriff mit seiner erhöhten Komplikationsrate vermieden wird.

### Alternative Methoden

Die Allgemeinnarkose (Intubationsnarkose) wird wegen der größeren Belastung für die Patientin/den Patienten und dem immensen apparativen und ärztlichen Aufwand in der zahnärztlichen Praxis nur in Ausnahmefällen durchgeführt. Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen nur in Einzelfällen übernommen.

### Grundsätzliches zu Risiken und Komplikationen

Diese Behandlung ist ein Routineverfahren. Sie ist risikoarm. Trotzdem kann es zu Komplikationen kommen, die Nachbehandlungen erfordern, welche in der Folge unglücklicher Umstände extrem selten auch lebensbedrohlich sein können. In solchen Fällen kann es erforderlich sein, Sie/Ihr Kind zur weiteren Behandlung an eine Spezialabteilung zu transferieren. Die in diesem Aufklärungsbogen gemachten Angaben über die Häufigkeit von Risiken und Komplikationen dienen lediglich der Orientierung und entsprechen nicht den in Beipackzetteln für Medikamente gültigen Kategorien. Zu nennen sind:

### Allgemeine Risiken und mögliche Komplikationen

- **Überempfindlichkeitsreaktionen** (Allergien) z.B. auf Betäubungsmittel, Desinfektionsmittel, Farbstoffe, Medikamente, Kontrastmittel, Latex, Pflaster oder Nahtmaterial können sich mit **Hautrötungen, Juckreiz, Schwellungen, Brechreiz** oder kurzzeitigen **Krampfanfällen** äußern. Selten sind **schwere allergische Reaktionen** mit Verschlechterung der Atmung (**Bronchokonstriktion**) bis hin zum **Atemstillstand** und lebensbedrohlichen Herz-/Kreislaufstörungen (**anaphylaktischer Schock**), die zu **dauerhaften Organschäden** führen können (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Nierenversagen). In solchen Fällen ist eine sofortige intensivmedizinische Behandlung notwendig.
- Sehr selten werden Keime in die Blutbahn verschleppt und verursachen eine lebensbedrohliche **Blutvergiftung (Sepsis)**. Diese kann **Organschäden**, so z. B. eine Herzinnenwandentzündung (Endokarditis) oder Entzündungen mit **Abszessbildungen** weit vom Operationsgebiet entfernt in anderen Körperregionen verursachen. In solchen Fällen ist eine intensivmedizinische Behandlung notwendig.
- Reizungen von Gefäßen und Nerven als Folge der Injektion von Betäubungs- oder Schmerzmitteln können **äußerst selten** zu **Narben** oder **Misempfindungen** führen.
- Ebenso kann es zu **Blutergüssen durch Verletzungen von Blutgefäßen** kommen.

### Spezifische Risiken und mögliche Komplikationen

#### Spezifische Risiken einer Infiltrationsanästhesie

- In seltenen Fällen kann es zu einer **Schwellung im Bereich der Wange** kommen, die einige Tage andauern kann und von selbst ohne Behandlung wieder zurückgeht.
- In sehr seltenen Fällen kann es zu einer **Betäubung der Gesichtsnerven** kommen, auch diese geht mit Nachlassen der Betäubung nach ca. 2 Stunden wieder zurück, ohne dass eine Behandlung erforderlich ist. Sie sollten jedoch in der Praxis überwacht werden.

#### Spezifische Risiken einer Leitungsanästhesie

- Gelegentlich kann es zu **Herz-/Kreislaufproblemen** kommen oder infolge eines Blutergusses zu einer **Kieferklemme**, die nach einigen Tagen wieder zurückgeht.
- Sehr selten sind **Spritzenabszesse und ein Kanülenbruch**, möglich sind in sehr seltenen Fällen auch **Nervenschädigungen** mit bleibendem **Taubheitsgefühl und Geschmacksstörungen**.

#### Spezifische Risiken einer Lachgassedierung

- Nur in sehr seltenen Fällen wird über eine vorübergehende Übelkeit oder leichte Schwindelgefühle berichtet.

### Bitte vor der Behandlung beachten

Bitte beachten Sie unbedingt die Anweisungen Ihrer Ärztin/Ihres Arztes bezüglich der Nahrungsaufnahme vor dem Eingriff.

Ihre Ärztin/Ihr Arzt muss wissen, welche Medikamente, insbesondere welche **blutgerinnungshemmenden Medikamente** (z. B. Aspirin®, Marcumar®, Plavix®, Pradaxa®, Xarelto®, Brilique®, Efiect®, Eliquis®) oder **metforminhaltigen Arzneimittel** (Diabetiker!), Antibabypille, auch selbstverordnete Medikamente und Naturheilmittel oder sogenannt „Hausmittel“, Sie/Ihr Kind regelmäßig einnehmen, damit sie/er mögliche Nebenwirkungen durch Zusammenwirken mit den vorgesehenen Medikamenten, Betäubungsmitteln oder Kontrastmitteln (**Interaktionen**) abschätzen kann. Beantworten Sie daher sorgfältig die Fragen auf der vorletzten Seite. Sie/er wird dann mit Ihnen/Ihrem Kind besprechen, welche Medikamente wie lange vor und nach dem Eingriff abgesetzt, in der Dosis verändert oder durch andere ersetzt werden.

### Bitte nach der Behandlung beachten

Sie dürfen/Ihr Kind darf erst wieder essen und trinken, wenn Sie/Ihr Kind kein Betäubungsgefühl in Lippe, Wange und Zunge mehr fühlt, weil Sie/Ihr Kind sich sonst unkontrolliert selbst Bissverletzungen zufügen können/kann.

Wenn sich **Ihr Befinden/das Befinden Ihres Kindes verschlechtert** und wenn **ungewohnte Reaktionen auftreten** wie **Fieber, Herz-/Kreislaufbeschwerden, Atemnot, starke Schmerzen oder andere Probleme, Brechreiz, Schwindel, Übelkeit, Rötungen, Schwellungen oder Blutungen im Wundbereich**, informieren Sie bitte umgehend Ihre Ärztin/Ihrer Arzt bzw. die Notaufnahme einer Klinik!

Bitte besprechen Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt, wann und wie die unter Umständen veränderte **Einnahme von Medikamenten** wieder aufgenommen werden soll.

### Bitte bei ambulanter Durchführung beachten

**Ihr Reaktionsvermögen/Das Reaktionsvermögen Ihres Kindes** ist nach der Behandlung durch die Behandlung selbst und durch die Nachwirkung von eventuell gegebenen Beruhigungs-, Betäubungs- oder Schmerzmitteln **eingeschränkt**.

Sie sind/Ihr Kind ist daher nicht sofort wieder **straßenverkehrstüchtig** und dürfen/darf für einige Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, insbesondere kein Fahrzeug führen, keine Maschinen bedienen, keinen Alkohol trinken und keine wichtigen oder rechtlich bindenden Entscheidungen treffen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird Ihnen dazu genaue Anweisungen geben (siehe letzte Seite).

Bitte sorgen Sie daher bei ambulanter Durchführung der Behandlung rechtzeitig dafür, dass Sie/Ihr Kind von einer **erwachsenen Person abgeholt, nach Hause begleitet/gefahren und dort zuverlässig betreut werden/wird**, sofern Ihre Ärztin/Ihr Arzt nicht etwas anderes mit Ihnen besprochen hat.



| Allgemeine Informationen:  |   | N = Nein * J = Ja                                     |
|--|---|---|
| Alter:   | Jahre/Größe cm/Gewicht Kg männl. <input type="checkbox"/> wbl. <input type="checkbox"/> |   |
| Ausgeübter Beruf:  |   |   |
| Tragen Sie (Ihr Kind) ein <b>Hörgerät</b> ?  |   | N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie (Ihr Kind) <b>Kontaktlinsen</b> ?   |   | N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie (Ihr Kind) herausnehmbaren <b>Zahnersatz</b> ?  |   | N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie (Ihr Kind) einen <b>Schrittmacher</b> ?   |   | N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie (Ihr Kind) einen <b>Defibrillator</b> ?   |   | N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie (Ihr Kind) <b>Raucher(in)</b> ?   |   | N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |
| <b>Wenn ja</b> , was und wie viel täglich?   |   |   |
| Trinken Sie (Ihr Kind) regelmäßig <b>Alkohol</b> ?   |   | N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |
| <b>Wenn ja</b> , was u. wie viel/Tag?  |   |   |
| Nahmen oder nehmen Sie (Ihr Kind) <b>Drogen</b> ?  |   | N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |
| <b>Wenn ja</b> , welche und wie viel?  |   |   |
| Nehmen Sie (Ihr Kind) häufig <b>Beruhigungs-/Schlafmittel</b> ?  |   | N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |
| <b>Wenn ja</b> , welche und wieviel?   |   |   |
| <b>Patientinnen:</b> Könnten Sie <b>schwanger</b> sein?  |   | N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |
| Stillen Sie?   |   | N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |
| Waren Sie (Ihr Kind) in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?   |   | N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |
| <b>Wenn ja</b> , weswegen?   |   |   |
| Besteht zur Zeit eine <b>Erkältung</b> (Atemwegsinfekt)? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>   |   |   |
| Besteht eine andere <b>Infektionserkrankung</b> ? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>  |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , welche?   |   |   |
| Traten in den letzten Wochen Erbrechen oder Durchfall auf? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>   |   |   |
| Nehmen Sie (Ihr Kind) regelmäßig <b>Medikamente</b> ? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>  |   |   |
| (z.B. Abführmittel, Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Schmerzmittel, Herz-, Kreislaufmittel)  |   |   |
| Name:  | wie viel/Tag:   |   |
| Name:  | wie viel/Tag:   |   |
| Name:  | wie viel/Tag:   |   |
| Name:  | wie viel/Tag:   |   |
| Nehmen Sie (Ihr Kind) <b>Gerinnungshemmer</b> ? (z.B. Aspirin®, Marcumar®, Plavix®, Pradaxa®, Xarelto®, Brilique®, Efigent®, Eliquis®) N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , andere?   |   |   |
| Wurden Sie (Ihr Kind) schon einmal operiert? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>   |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , weswegen? Jahr: _____   |   |   |
| Jahr: _____  |   |   |
| Kam es dabei zu verstärkten <b>Blutungen</b> ? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>   |   |   |
| Kam es dabei zu Abszessen, Eiterungen, Fisteln, Lagerungsschäden, verstärkter Narbenbildung, verzögerter Heilung? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>                      |   |   |
| Andere Komplikationen?   |   |   |
| Gab es bei einer früheren Betäubung schon einmal Probleme/Komplikationen? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>  |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , welche?   |   |   |
| Kam es bei Blutsverwandten bei einer Betäubung schon einmal zu Besonderheiten / Zwischenfällen? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>  |   |   |
| Erhielten Sie (Ihr Kind) schon einmal eine <b>Bluttransfusion</b> ? (Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen) N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>                      |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , gab es Komplikationen? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>  |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , welche?   |   |   |

| Sind Ihnen Vorerkrankungen bekannt?   |   | N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Allergien/Überempfindlichkeiten?</b> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| (z.B. gegen Nahrungsmittel/Medikamente/Metall (z.B. Nickel), Pflaster/Latex/örtliche Betäubungsmittel/Jod/Röntgenkontrastmittel/Tierhaare?)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , gegen welche?  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Leiden Sie (Ihr Kind) unter Heuschnupfen? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Herz-/Kreislauf-Erkrankungen?</b> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| (z.B. Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelerkrankung, Herzschwäche, niedriger oder erhöhter Blutdruck?)  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , welche?  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ist die körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Gefäßerkrankungen?</b> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| (z.B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen, Embolien, Schlaganfall?)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , welche?  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Bluterkrankungen/Gerinnungsstörungen?</b> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| (z.B. Blutarmut (Anämie), Blutungsneigung, häufiges Nasenbluten, häufig blaue Flecke ohne erkennbaren Anlass, Gerinnungsstörungen bei Verwandten?)  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , welche?  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Atemwegs-/Lungen-Erkrankungen?</b> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| (z.B. Chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Lungenblähung, Staublunge, Tuberkulose, Schlafapnoe (Schnarcherkrankheit), Zwerchfelllähmung)  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , welche?  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Leber-/Gallen-Erkrankungen?</b> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| (z.B. Gelbsucht, Fettleber, Hepatitis, Leberverhärtung, Leberzirrhose, Gallensteine?)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , welche?  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Nieren-/Harnwegs-Erkrankungen?</b> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| (z.B. Nierenentzündung, Nierensteine, erhöhte Kreatininwerte, Dialyse, Blasenentzündung?)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , welche?  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Stoffwechsel-Erkrankungen?</b> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , Diabetes mellitus (Zucker)? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Schilddrüsen-Unter-/Überfunktion, Kropf? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , andere?  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Augen-Erkrankungen?</b> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| (z.B. Grüner Star, Grauer Star, Netzhautablösung)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , welche?  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Nervenleiden/psychische Erkrankungen?</b> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| (z.B. Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen, Depressionen, häufige Kopfschmerzen?)  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Wenn ja</b> , welche?  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Zahn-Erkrankungen?</b> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Haben Sie (Ihr Kind) kariöse Zähne/Parodontose? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Sonstige Zahnerkrankung:  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Zahnstatus (wird, wenn nötig, von der Ärztin/vom Arzt eingetragen):   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table> |   |   | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8   | 7 | 6   | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 8   | 7 | 6   | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| b=Brücke, c=Caries, e=Ersatz, f=fehlt, k=Krone, p=Plombe, s=saniert, z=zerstört   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Sonstige Erkrankungen/Verletzungen</b> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| (z.B. Erkrankungen der Haut, des Immunsystems, Krebserkrankungen, etc.)?  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |



**Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch**

(Hier notiert Ihre Ärztin / Ihr Arzt die individuellen, im Gespräch mitgeteilten Aufklärungsinhalte. Hier wird auch ein eventueller Verzicht auf die Aufklärung notiert.)

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Ärztliche Dokumentation** N=Nein, J = Ja

Ist eine **Patientenverfügung /Vorsorgevollmacht** und /oder eine **Betreuungsverfügung** vorhanden? N  J

Die Patientin / der Patient **ist in der Lage, eine selbständige Entscheidung** über die **vorgeschlagene Behandlung zu treffen** und ihre / seine Einwilligung zu geben. N  J

Die Patientin / der Patient wird **von den Eltern / Betreuer (n) / Vormund / Bevollmächtigten vertreten**, die / der eine Entscheidung im Patientensinn treffen kann / darf (bitte in Druckschrift) N  J

|          |         |       |
|----------|---------|-------|
| Nachname | Vorname | Alter |
|----------|---------|-------|

Die Patientin / der Patient - die Eltern / der Betreuer / der Vormund **lehnt / lehnen die vorgeschlagene Behandlung** ab. Über die Nachteile und möglichen Folgen wurde ausführlich aufgeklärt:

Der Patientin / dem Patienten wurde mitgeteilt, dass sie / er für \_\_\_ Stunden \_\_\_ Tage **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf!**

Der **Heimtransport** erfolgt mit Krankwag.  ÖPNV  Taxi  PKW  zu Fuß

Die Patientin / der Patient Die Patientin / der Patient wird begleitet / gefahren / betreut von

|          |         |       |
|----------|---------|-------|
| Nachname | Vorname | Alter |
|----------|---------|-------|

Die Patientin / der Patient Die Patientin / der Patient hat keine Begleitung / Betreuung

Steht im Notfall ein Auto mit Fahrer / Taxi zur Verfügung? N  J

In welcher Zeit ist eine Klinik / der Notarzt / Hausarzt erreichbar? \_\_\_\_\_ min.

|                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| Hausärztin / Hausarzt: | Tel. (Handy)-Vorw-Nr. |
|------------------------|-----------------------|

Ort, Datum (tt.mm.jj), Uhrzeit (hh.mm)

Unterschrift der Ärztin / des Arztes / ggf. von Zeugen

**Patientin / Patient**

|          |         |            |
|----------|---------|------------|
| Nachname | Vorname | Geb.-Datum |
|----------|---------|------------|

**Geplante Maßnahmen** ambulant  (kurz-)  stationär

**Anästhesien in der Zahnheilkunde**

Infiltrationsanästhesie  
 Leitungsanästhesie  
 Intraaligamentäre Anästhesie (ILA)  
 Lachgassedierung  
 Sonstiges:

**Einwilligung**  **Ablehnung**

Nach dem vollständigen Lesen und Ausfüllen dieses Patientenaufklärungsbogens und nach dem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin / dem Arzt Frau / Herrn (bitte in Druckbuchstaben)

**fühle ich mich voll informiert und aufgeklärt!** Meine Fragen, insbesondere über die Art und den Ablauf der Behandlung, über die Vor- / Nachteile und die Alternativen wurden beantwortet. Individuelle Risiken sowie mögliche Komplikationen wurden verständlich dargestellt. Die Fragen zu den Vorerkrankungen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.

**Ich willige** nach angemessener Bedenkzeit und reiflicher Überlegung in die vorgesehene **Behandlung** (bei meinem Kind) **ein**, sowie in Änderungen und Erweiterungen, wenn diese ärztlich notwendig oder geraten sind. Mit **Neben- und Folgeeingriffen und -behandlungen** (z.B. Intensivmedizin) und mit der **Transfusion von Fremdblut** bin ich – wenn notwendig – einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass **Befunde / Bildmaterial angefordert**, an nachbehandelnde Stellen **weitergegeben** und dass die Patientendaten im gesetzlichen Rahmen **elektronisch gespeichert** und für Auswertungen herangezogen werden.

**Ich werde** die mitgeteilten **Verhaltenshinweise** und insbesondere die Einschränkungen zur Verkehrstauglichkeit **beachten**.

Eine **Kopie / einen Durchschlag** dieses Aufklärungs-, Anamnese- und Einwilligungsbogens habe ich **erhalten**.

Meine Ärztin / mein Arzt hat mich intensiv und unmissverständlich über die (möglichen) Folgen (bei meinem Kind) einer Verweigerung aufgeklärt.

**Ich lehne die Behandlung trotzdem ab!**

Ort, Datum (tt.mm.jj), Uhrzeit (hh.mm)

Unterschrift der Patientin / des Patienten / der Betreuerin / des Betreuers\*

\* Bei Kindern: Beide Elternteile oder die Entscheidungsberechtigten 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.

MKZa001De\_01-18-05\_04-ID\_4250112715538