

**Kepler11**  
**Praxis für Zahnmedizin**  
**Dr. Constanze Leuschner**  
**Tobias Dufentester**

Keplerstraße 11 - 37085 Göttingen Telefon: 0551 - 49 56 770 - Telefax: 0551 - 49 56 77 22  
info@zahnmedizin-k11.de

**Patienten-Fragebogen**

---

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht [ ]m [ ]w

---

Geburtsort

---

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

---

Telefon (Privat / Handy)

Telefon (Geschäftlich)

---

E-Mail

Beruf

---

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert  
 Privat versichert  
 Beihilfeberechtigt  
 Zusatzversicherung

**Wir behandeln grundsätzlich nach den in GOZ ab Faktor 2.3 und BEMA vereinbarten Gebührenrahmen!**

---

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

---

Hausarzt/Internist - Name, Adresse, Telefon

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:**

---

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

**Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger**

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

---

Datum

Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzklappenerkrankung/-defekt
- Herzerkrankung
- Herzoperation                    wann: .....
- Herzschrittmacher                wann: .....
- Schlaganfall (Apoplex)        wann: .....

**Infektionserkrankung:**

- HIV                                    seit wann: .....
- Hepatitis                            seit wann: .....
- Tuberkulose                        seit wann: .....
- Creutzfeldt-Jacob-Krankheit    seit wann: .....
- Corona                                seit wann: .....

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

- Lokalanästhetika                welcher Wirkstoff: .....
- Schmerzmittel                    welcher Wirkstoff: .....
- Antibiotika                        welcher Wirkstoff: .....
- andere: .....

**Weitere Erkrankungen:**

**welches Medikament/Wirkstoff:**

- Blutgerinnungsstörungen/Blutverdünner** .....
- Diabetes** ° Typ 1 ° Typ 2 .....
- Schilddrüsenerkrankung** .....
- Asthma .....
- Lungenerkrankung .....
- Rheuma .....
- Epilepsie .....
- Nierenfunktionstörungen .....
- Ohnmachtsneigung .....
- Neurologische Erkrankungen .....
- Psychiatrische Erkrankung .....

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine OP? Was genau?

Ansprechpartner/Arzt: .....

**Regelmäßige Medikamente**

seit wann / Wirkstoff:

.....

.....

## Allgemeine Angaben:

Veganer  ja  nein  
Fluoridierung (Elmex gelée)  ja  nein

Drogenkonsum  ja  nein  
Alkoholgenuss  ja  nein Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig  
Raucher  ja  nein Wenn ja,  0-10  über 10 Zig./Tag

Frühere Röntgenuntersuchung  ja  nein Wenn ja, Datum / Zähne:

Schwangerschaft  ja  nein Wenn ja, welcher Monat:

---

Wie wurden Sie auf unsere  
Praxis aufmerksam?

---

## Wichtige Informationen:

- \* Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
- \* Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- \* Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen.
- \* Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

---

Datum

Unterschriften Patient und  
Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter

**Kepler11**  
**Praxis für Zahnmedizin**  
**Dr. Constanze Leuschner**  
**Tobias Dufentester**

Keplerstraße 11 - 37085 Göttingen Telefon: 0551 - 49 56 770 - Telefax: 0551 - 49 56 77 22  
info@zahnmedizin-k11.de

## Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A, Art. 7 DSGVO

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Dr. Constanze Leuschner und Tobias Dufentester meine personenbezogenen Daten und Befunde zum Zweck der in der Praxis zu führenden Dokumentation und weiteren Behandlungen erhebt, verarbeitet, nutzt und elektronisch speichert.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass die erhobenen Befunde, sowie mit dem behandelnden Zahnarzt oder weiteren Ärzten besprochen werden. Auch für eine Übermittlung von Befunden und Röntgenaufnahmen an die ärztlichen/zahnärztlichen Behandler erkläre ich mein Einverständnis.

### Ich stimme ferner folgenden Punkten zu:

- \* verschlüsselte Übermittlung von Röntgenaufnahmen und Befunden an den behandelnden Arzt und/oder Zahnarzt
- \* Versand von Unterlagen/Korrespondenz/Rechnungen durch die Praxis an meine angegebene Email-Adresse
- \* Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. [ ] ja [ ] nein

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

-----  
Ort, Datum

Unterschrift Patient

ggf. gesetzlicher Vertreter

**Kepler11**  
**Praxis für Zahnmedizin**  
**Dr. Constanze Leuschner**  
**Tobias Dufentester**

Keplerstraße 11 - 37085 Göttingen Telefon: 0551 - 49 56 770 - Telefax: 0551 - 49 56 77 22  
info@zahnmedizin-k11.de

**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, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) 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 Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

**Hämatom (Bluterguss):**

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgehende 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 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 Konzentrationfähigkeit 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. Verbrennungen u 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 individuell entscheiden.

.....  
Datum und Unterschrift Patient