

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
  
Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

Risikoaufklärung über die zahnärztliche Lokal.- bzw. Leitungsanästhesie

1. Bei der Spritze im Unterkiefer kann es zur Schädigung des Unterkieferhauptnervs (Nervus mandibularis) und des Zungennervs (Nervus lingualis) kommen. Im Extremfall mit dauernd anhaltender Taubheit von Zunge und/oder Unterlippe.
2. Lokalanästhesien (örtliche Betäubungen) können zu einer möglichen Verkehrsuntüchtigkeit führen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Absprache Ihrer Behandlungstermine!

**Privatpatienten:**

Haben Sie einen sogenannten Standardtarif abgeschlossen?  ja  nein  
Bekommen Sie eine Erstattung durch die Beihilfe?  ja  nein

**Kassenpatienten:**

Haben Sie eine **Zahnzusatzversicherung** abgeschlossen ?  ja  nein  
Falls ja, seit wann besteht diese Zahnzusatzversicherung? seit: \_\_\_\_\_

**Information zu vereinbarten Terminen**

Wir möchten Sie bitten, Termine bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr (gemäß §615 BGB) in Rechnung zu stellen.

**Eintragungen in die ePA**

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Borschel Einträge in meine elektronische Patientenakte (ePA) vornimmt.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

**Bitte beachten Sie die Rückseite!**



