

- Lokalanästhesie                       Allgemeinanästhesie (TIVA)

**Geplante Operation:**

---

---

---

---

---

**Mögliche Komplikationen:**

- Wundheilungsstörungen, Infektionen, Nachblutung, Nervschädigung
- bei extrem verlagerten Zähnen in seltenen Ausnahmefällen Kieferbruch

---

---

---

---

---

Mit mir wurde heute ein Aufklärungsgespräch über die geplante Operation geführt. Ich wurde über alle mich interessierenden wichtigen Aspekte des Eingriffs in für mich ausreichender Weise informiert. Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass der beratende Arzt die Aufklärung an einen anderen ärztlichen Kollegen delegieren kann. Ich willige in den Eingriff ein.

Datum

Unterschrift Patient    Dr.Brinkmann/ Dr. Lenard /Dr Triebswetter

---

Pat.Nr.

---

Name                                      Vorname

---

Geburtsdatum                                      Wohnort

---

Straße, Hausnummer                                      PLZ

---

Telefon tagsüber                                      Mobiltelefon                                      Krankenkasse

E-Mail :

**Sind Sie über eine andere Person versichert?**

---

Name des Versicherten                                      Vorname                                      Geburtsdatum

---

Straße, Hausnr.                                      Wohnort                                      PLZ

**Haben Sie eine Zusatzversicherung?**

Zahnarzt                                      

---

Name der Praxis

Arzt                                      

---

Name der Praxis

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Zahnarzt/Arzt     Internet     Printmedien     Empfehlung

.....

.....  
.....  
.....

## Anamneseblatt

---

### Herz/Kreislaufkrankung \_\_\_\_\_

Herzinfarkt,                   Ja / Nein  
Angina Pectoris,            Ja / Nein  
Herzfehler, Bypass         Ja / Nein

### Stoffwechselerkrankung \_\_\_\_\_

Zuckerkrankheit/Diabetes, Ja / Nein  
Gicht,                         Ja / Nein  
Kropf,                         Ja / Nein  
Schilddrüse                 Ja / Nein

### Blutungsneigung/Erkrankung \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörung, durch Medikamente Ja / Nein

### Leber / Nierenerkrankung \_\_\_\_\_

Hepatitis /A,B oder C,     Ja / Nein  
Gelbsucht,                 Ja / Nein  
Nierensteine,               Ja / Nein  
Dialyse                     Ja / Nein

### Magen/ Darmerkrankung \_\_\_\_\_

Sodbrennen,                Ja / Nein  
Morbus Crohn               Ja / Nein

### Lungen/ Atemwegserkrankung \_\_\_\_\_

Asthma,                     Ja / Nein  
chronische Bronchitis,     Ja / Nein  
Tuberkulose                Ja / Nein

### Infektionserkrankung \_\_\_\_\_

HIV                         Ja / Nein

### Allergien \_\_\_\_\_

Medikamentenunverträglichkeit \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?        Ja / Nein

Mir ist bekannt, dass ich am Tag des operativen Eingriffs  
Weder ein Fahrzeug (Auto, Fahrrad) führen noch lenken  
und nach einer Behandlung unter Vollnarkose nur in  
Begleitung die Praxis verlassen darf.

Datum                    Unterschrift Patient/ gesetzlicher Vertreter

## Anamneseblatt

---