

- 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. Triebswetter/ Dr. Dirnagl / Dr. Werner

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? ja nein

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

Neurologische Erkrankungen _____

Epilepsie Ja / Nein

Rheuma Ja / Nein

Z.n. Schlaganfall Ja / Nein

Stoffwechselerkrankung _____

Zuckerkrankheit/Diabetes, Ja / Nein

Gicht, Ja / Nein

Schilddrüse/Kropf 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 _____

Morbus Crohn Ja / Nein

Lungen/ Atemwegserkrankung _____

Asthma, Ja / Nein

chronische Bronchitis, Ja / Nein

Tuberkulose Ja / Nein

Infektionserkrankung _____

HIV Ja / Nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

Medikamentenunverträglichkeit _____

Allergien _____

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