Anamnesebogen
für zahnärztlich-chirurgische Eingriffe

m ☐ **w** ☐ **d** ☐ **nb** ☐

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Versicherung: _____

Hauptversicherter*: _____

* bei Kindern oder Ehepartnern, die nicht selbst versichert sind

Wohnanschrift: _____

PLZ _____ **Ort** _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Sondertarif für Privatversicherte: Standardtarif? Ja ☐

oder Basistarif? Ja ☐

Zahnarzt/in: _____

Hausarzt/in: _____

Kieferorthopäde/in: _____

Grund der Überweisung: _____

Herzerkrankungen:	ja	nein
Bluthochdruck	☐	☐
Herzinfarkt	☐	☐
Stent, Bypass-OP	☐	☐
Herzklappenersatz	☐	☐
Herzrhythmusstörung	☐	☐
Herzschrittmacher	☐	☐
Stoffwechselerkrankungen:		
Diabetes	☐	☐
Magen-Darmerkrankung	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
Osteoporose	☐	☐
Bisphosphonattherapie (=BPT)	☐	☐
(Tablette/ Spritze: z.B. Prolia, Zometa, Alendronat, XGeva)		
BPT in den vergangenen 10 Jahren	☐	☐
Blutgerinnungsstörung	☐	☐
Nehmen sie Blutverdünner ein	☐	☐
z.B. Marcumar, Xarelto, ASS		

Infektionskrankheiten:	ja	nein
Hepatitis B oder C	☐	☐
Tuberkulose	☐	☐
HIV / AIDS	☐	☐
Lebererkrankungen:	☐	☐
Nierenerkrankungen:	☐	☐
Krebserkrankungen:	☐	☐
Bestrahlungstherapie	☐	☐
Bestrahlter Bereich:		
Chemotherapie	☐	☐
Anfallsleiden	☐	☐
Rheumaerkrankung	☐	☐
Atemwegserkrankungen:	☐	☐
Rauchen Sie?	☐	☐
Für Frauen: Sind Sie schwanger?	☐	☐

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

Haben Sie Allergien

Haben sie eine Unverträglichkeit gegen Medikamente?

Sonstige Erkrankungen:

Schweigepflicht/Datenschutz:

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem Zahnarzt/ Überweisenden Arzt,

über die hiesigen Untersuchungsergebnisse (z.B. Röntgenbilder, Arztberichte) bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Ärztin die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde

bei meinem Haus-/Zahnarzt oder anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt.

Ich bin damit einverstanden, dass im Falle unseres Todes oder Ausscheidens aus der Praxis Ihre Krankenunterlagen unseren Nachfolgern überlassen werden dürfen.

Ich habe die ausliegende Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiere sie.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie Vor dem Bardowicker Tore 49

Dr. Dr. Pötschick, Dr. Wünnenberg MOM M.Sc. & Kollegen

OP- Aufklärung

Sehr geehrte/r Patientin/ Patient Sie sind in/am _____ von

_____über folgenden operativen Eingriff aufgeklärt

_____

_____

_____

folgende Risiken können bei dem obengenannten Eingriff auftreten:

Wundheilungsstörung, Nachblutung, Wundinfektion, Schwellungen, Schmerzen

Nervschädigung (V3) mit Taubheitsgefühl: Unterlippe, Zunge, Kinn, Geschmacksstörung

Schädigung von Nachbarzähnen

Eröffnung der Kieferhöhle

Rezidiv, Folgeoperation, Narbenbildung

Kieferbruch

Zahnverlust

Zahnerhaltungsversuch

Osteomyelitis

Vereinbarung einer privatzahnärztlichen Behandlung außerhalb der vertraglichen regelung der GKV gemäß §8 Abs. 7 Bundesmantelvertrag - Zahnärzte

Selbstkosten für physikalisch-chemische Reinigung mittels Ultraschall, je Wurzelkanal 30€

(nach Gebührenordnung für Zahnärzte, GOZ, Nr. 2420 mit 7,62fachem Satz)

maximal-->_____€

Selbstkosten für Dämmerschlaf 120€ (nach Gebührenordnung für Ärzte,GOÄ, mit 4,0 fachem Satz)

_____

Ich habe die Erklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen. Ich bin mit dem erforderlichen Eingriff sowie mit Änderungen einverstanden, sollten sich diese während der Operation als erforderlich erweisen.

_____

_____ bzw. Sorgeberechtigte