

# Anamnesebogen für zahnärztlich-chirurgische Eingriffe

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Wohnanschrift: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Versicherung: \_\_\_\_\_ **Sondertarif für Privatversicherte: Standardtarif?** Ja   
Hauptversicherter\*: \_\_\_\_\_ **oder Basistarif?** Ja   
\* bei Kindern oder Ehepartnern, die nicht selbst versichert sind  
Zahnarzt/in: \_\_\_\_\_ Kieferorthopäde/in: \_\_\_\_\_  
Hausarzt/in: \_\_\_\_\_  
Grund der Überweisung: \_\_\_\_\_

<b>Herzerkrankungen:</b>	ja	nein	<b>Infektionskrankheiten:</b>	ja	nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B oder C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stent, Bypass-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Lebererkrankungen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Nierenerkrankungen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Krebserkrankungen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stoffwechselerkrankungen:</b>			<b>Bestrahlungstherapie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bestrahlter Bereich: _____		
Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Chemotherapie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumaerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bisphosphonattherapie (=BPT)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemwegserkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(z.B. Prolia, Zometa, Alendronat, XGeva)			<b>Rauchen Sie?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BPT in den vergangenen 10 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Für Frauen:</b> Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Nehmen sie Blutverdünner ein</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
z.B. Marcumar, Xarelto, ASS _____					
<b>Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?</b>			<b>Haben Sie Allergien</b>		
_____					
<b>Haben sie eine Unverträglichkeit gegen Medikamente?</b>			<b>Sonstige Erkrankungen:</b>		
_____					

## 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.

**Bitte notieren Sie Ihre Telefonnummer, damit wir Sie in dringenden Fällen erreichen können.**

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

### Vereinbarung einer privatärztlichen 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 2,3fachem Satz und zusätzliche Materialkosten)  
maximal--> \_\_\_\_\_ €

Selbstkosten für Dämmerschlaf 80€

---

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