

ANAMNESE

Name: _____

Vorname: _____

Telefonnummer: _____

| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Werden Sie zurzeit ärztlich behandelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| Nehmen Sie Blutverdünner ein? (ASS, Clopidogrel, Plavix, Marcumar, Eliquis, Pradaxa, Xarelto) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| Bestehen bei Ihnen Allergien gegenüber Medikamenten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cholesterinsenker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Zuckererkrankung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bekommen Sie Infusionen vom Orthopäden (Bisphosphonate) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

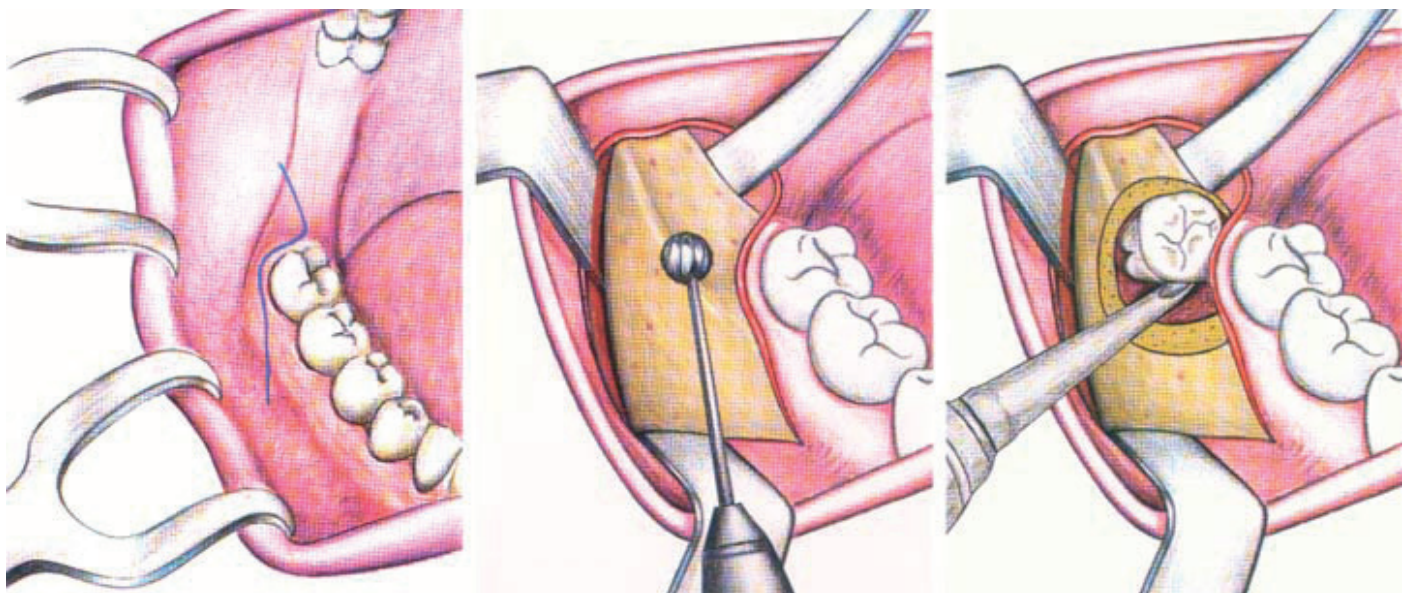
Informationen zum Datenschutz:

Ich bin mit der Erhebung der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (Befunde, Arztbriefe, Röntgenbilder, Histopathologie) einverstanden. Ferner dürfen meine Röntgenbilder bzw. die Arztbriefe an meinen Hauszahnarzt elektronisch übermittelt werden. Intraoperativ erfolgte Fotos dürfen anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke publiziert bzw. im Rahmen von Überweiserveranstaltungen verwendet werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos widerrufen kann.

Aufklärungsbogen Zahn- bzw. Weisheitszahnentfernung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Bogen dient der Vorbereitung des Aufklärungsgesprächs. Es wurde festgestellt, dass bei Ihnen Zähne entfernt werden müssen. Die Gründe dafür sind vielfältig, wie zum Beispiel Platzmangel bei Weisheitszähnen, Entzündungen von Zahnfleisch und Knochen, Karies, die Gefahr der Beschädigung angrenzender Zähne oder der Verschiebung von Nachbarzähnen. Bei der Entfernung wird der Zahn aus seinem Zahnfach gelockert und entfernt. Nach der Zahnentfernung erfolgen die Wundreinigung und der Wundverschluss mit einer Naht. Zur Blutstillung beißen Sie bitte danach noch für weitere 30-60 Minuten auf den eingelegten Tupper. Die Nahtentfernung erfolgt nach ca. 7-10 Tagen.



Welche Komplikationen können auftreten?

Nach jeder Operation kann es zu Schmerzen, Schwellung, Infektion und Nachblutung kommen. Sehr selten kann es zu folgenden Komplikationen kommen:

- Beschädigung des Unterkiefernerven mit vorübergehender / selten permanentem Taubheitsgefühl der Unterlippe, Zunge und des Kinns
- Kieferhöhleneröffnung mit blutigem Sekret für 2 Tage
- Beschädigung von Nachbarzahnfüllungen oder Kronen
- Kieferbruch

Verhaltensregeln:

Bitte lesen Sie sich die ausgehändigten Verhaltensregeln nach der mündlichen Erläuterung nochmal durch.

Einverständniserklärung:

Der operative Eingriff wurde mir verständlich erklärt, ich konnte meine Fragen zur Operation stellen und willige hiermit ein, dass der Eingriff durchgeführt werden kann.

.....
Ort /Datum

.....
Unterschrift des Patienten