



DR. HANNO FINKENSIEP
MUND- KIEFER- GESICHTSCHIRURG

IMPLANTOLOGIE
AMBULANTE OPERATIONEN
ÄSTHETISCHE GESICHTSCHIRURGIE

STEINSTRASSE 42 - 44
59368 WERNE
WWW.DR-FINKENSIEP.DE
TEL: 0 23 89 - 95 95 77
FAX: 0 23 89 - 95 95 89
PRAXIS@DR-FINKENSIEP.DE

Einverständniserklärung

- wird gemeinsam in der Praxis ausgefüllt -

Patient: _____

Art des Eingriffs: _____

Grund d. Eingriffs: _____

Erläuterung häufig verwendeter Abkürzungen: **OpE** = operative Entfernung, **WSR** = Wurzelspitzenresektion, **CAP** = Chronische apikale Parodontitis (Wurzelspitzenentzündung), **WF(orthograd)** = Wurzelfüllung (von der Krone aus), **WF(retrograd)** = Wurzelfüllung (von der Wurzelspitze aus), **ret. u. verl.** = retiniert und verlagert, **18** = oberer rechter Weisheitszahn, **28** = oberer linker Weisheitszahn, **38** = unterer linker Weisheitszahn, **48** = unterer rechter Weisheitszahn, **Zahn XY = X** bezeichnet den **Gebissquadranten** (1 für oben re, 2 für oben li, 3 für unten li, 4 für unten re), **Y = Zahnposition** innerhalb des Quadranten von der Mitte aus gezählt (1 für mittleren Schneidezahn ... 8 für Weisheitszahn) *Beispiel: Zahn 13 = oberer rechter Eckzahn*

Ich erkläre hiermit, dass ich von Herrn Dr. Finkensiep (bzw. einer zahn-/ärztlichen Vertretung) über meine Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten detailliert und in einer für mich verständlichen Form unterrichtet worden bin.

Ich bin mit der Durchführung der vorgesehenen Behandlung einverstanden – und zwar auch dann, wenn sich während der Behandlung eine Erweiterung oder Abänderung des Eingriffs als ärztlich angezeigt erweisen sollte. Weitere Fragen meinerseits bestehen zurzeit nicht.

Ich bin darüber informiert, dass ich unter der Wirkung des Lokalanästhetikums kein Fahrzeug führen darf.

Auf die Möglichkeit von Komplikationen wie Schmerz, Schwellung, Narben, Hämatom, Wundinfektion, Wundheilungsstörung, Nachbarzahnschädigung, Gefühlsstörungen bzw. Taubheitsgefühl im Operationsgebiet, und Nachblutung bin ich ausdrücklich hingewiesen worden.

Speziell besprochen wurden folgende Punkte:

Unterschrift ZMF

Unterschrift des Arztes

Werne, den _____

Unterschrift (Patient/Eltern/gesetzl. Vertreter)

Das bei der Zahnentfernung angefallene Altgold vom edelmetallhaltigen Zahnersatz wurde mir ausgehändigt und der Empfang wird hiermit von mir bestätigt.

Datum / Unterschrift der Patientin bzw. des Patienten

Bitte wenden ⇨

Bitte zuhause ausfüllen

Vor- u Zuname: _____

E-Mail-Adresse: _____

Handynummer: _____

Anamnese

	Nein	Ja
Ist bei Ihnen eine Allergie gegen Penicillin bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Allergie gegen jodhaltige Medikamente bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen sonstige Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> ASS 100 <input type="checkbox"/> Eliquis		
<input type="checkbox"/> Lixiana <input type="checkbox"/> Xarelto		
<input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Sonstige: _____		
Nehmen Sie - oder nahmen Sie in der Vergangenheit - Medikamente zur Knochenfestigung (Bisphosphonate) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie sonstige Medikamente regelmäßig ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Leiden bzw. litten Sie an einer ansteckenden Erkrankung? (Hepatitis/HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Wurde bei Ihnen eine Erkrankung des Herzens festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen		
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Stent-Implantation		
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz		
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____		
Leiden bzw. litten Sie unter anderen (chronischen) Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Osteoporose		
<input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Morbus Chron		
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asthma		
<input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> Thrombose		
<input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung		
<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck		
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____		
Neigen Sie zur Ausbildung ausgedehnter Blutergüsse bzw. zu anhaltenden Blutungen bei banalen Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage an die Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Werne, den _____

Unterschrift (Patient/Eltern/gesetzl. Vertreter)