



Gemeinschaftspraxis für Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgie



Hindenburgstraße 2
96450 Coburg
Telefon: 09561-59660

Dr.med.Dr.med.dent Holger Bettinger
Dr.med.Dr.med.dent Kay-Uwe Feller
Dr.med.Dr.med.dent. Ullrich Otte

Kiehnlestraße 16
75172 Pforzheim
Telefon: 07231-1540950

1. Name des Patienten: _____
2. Name des Versicherten: _____
3. Anschrift Patient: _____
4. Geburtsdatum: _____ Tel. _____ Mobil: _____
5. Beruf, Arbeitgeber: _____
6. Überweisender Arzt: _____
7. Name des Zahnarztes: _____
8. Name des Hausarztes: _____
9. Name der Krankenversicherung: _____
10. Versicherungsnummer: _____

Bitte ankreuzen!

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 11. Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Leiden Sie an einer Blutungsstörung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Herzerkrankung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Diabetes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Lebererkrankung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Allergie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Schilddrüsenkrankheit? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Schwangerschaft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Infektionskrankheiten, z.B. Aids, Hepatitis? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Rauchen Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Nehmen Sie Drogen ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Welche? _____

Hinweis: Die Injektion örtlicher Betäubungsmittel beeinträchtigt die Fahrtüchtigkeit.
Wir empfehlen, innerhalb von 24 Stunden nach Lokalanästhesie kein Fahrzeug zu steuern.

Ort, Datum

Unterschrift



Gemeinschaftspraxis für Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgie



Hindenburgstraße 2
96450 Coburg
Telefon: 09561-59660

Dr.med.Dr.med.dent Holger Bettinger
Dr.med.Dr.med.dent Kay-Uwe Feller
Dr.med.Dr.med.dent. Ullrich Otte

Kiehnlestraße 16
75172 Pforzheim
Telefon: 07231-1540950

Operationsaufklärung und Einwilligung

1. Allgemeine Komplikationen:

Diese können bei jedem chirurgischen Eingriff auftreten. Hierzu gehören Blutungen, Infektionen (Weichgewebe, Knochen, Knochenmark), Wundheilungsstörungen und Narben.

2. Spezielle Komplikationen:

Diese können bei bestimmten Eingriffen, wenn auch sehr selten, auftreten. Die aufgeführten Komplikationsmöglichkeiten betreffen Weisheitszahnentfernungen: Wurzelspitzenresektionen, Zahnextraktionen, Zystenentfernungen, Zahnfreilegungen, Weichteileingriffe, Implantatversorgungen und Kieferbrüche gleichermaßen.

Zu den speziellen Komplikationsmöglichkeiten im **Oberkiefer** zählen: Schädigung von Nachbarzähnen, Kronen, Teilkronen oder Füllungen, die Eröffnung der Kiefer- oder Nasenhöhle, Entstehen von Knochendefekten, Zahnverlust. Bei Kieferbrüchen kann zusätzlich eine Bissfehlstellung auftreten.

Zu den speziellen Komplikationsmöglichkeiten im **Unterkiefer** zählen zusätzlich: Fraktur (Bruch) des Unterkiefers, Nervschäden. Hierbei kann es zur vorübergehenden Gefühlstörung bis hin zum sehr seltenen Gefühlverlust in der entsprechenden Unterlippen-, Kieferhälfte oder Zungenhälfte kommen.

Insgesamt ist die Häufigkeit der schwerwiegenden Komplikationen in der kieferchirurgischen Fachpraxis sehr selten. Sollten Sie dennoch nach dem Eingriff Beschwerden haben, die länger als 2 Wochen andauern, bitten wir Sie dringend, unsere Praxis nochmals aufzusuchen. Nur dann haben wir die Möglichkeit, eine entsprechende Behandlung einzuleiten.

Ich versichere, diese Aufklärung gelesen und verstanden zu haben. Umfang, Zweck, Risiken und Durchführung der Operation sowie Behandlungsalternativen wurden bei der mündlichen Aufklärung erörtert. Besonderheiten: _____

Mir ist bekannt, dass sich erst während des Eingriffs eine besprochene Änderung oder Erweiterung der geplanten Maßnahme als notwendig erweisen kann.

Gewünschter OP-Termin:

- heute
 erneute Terminvereinbarung

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/Eltern/Sorgeberechtigter*)

* Beide Elternteile oder die Sorgeberechtigten müssen unterschreiben. Wenn nur ein Elternteil unterschreibt, erklärt sie/er, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder ihr/ihm das alleinige Sorgerecht zusteht.