

Erhebungsbogen vor einem kieferchirurgischen Eingriff

Name, Vorname: geb.:

Ggf. gesetzlicher Vertreter:

Bitte beantworten Sie im Interesse einer komplikationslosen Behandlung folgende Fragen möglichst vollständig:

1. Sind Sie derzeit oder waren Sie vor kurzem in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja

Wenn ja, weshalb?

2. Bestehen oder bestanden nachstehend aufgeführte Krankheiten?

- Herzerkrankung (z. B. Infarkt, Schrittmacher, Endokarditis) Nein Ja
- Bluthochdruck Nein Ja
- Blutbildveränderungen (z. B. Blutverdünnung, Anämie) Nein Ja
- Atemweg-/Lungenerkrankungen (z. B. Asthma) Nein Ja
- Nierenerkrankungen Nein Ja
- Magen-Darm-Erkrankung Nein Ja
- Schilddrüsenfunktionsstörung Nein Ja
- Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit) Nein Ja
- Erkrankung d. Bewegungsapparates (z. B. Rheuma, Osteoporose) Nein Ja
- Augenerkrankungen (z. B. Grüner Star) Nein Ja
- Hals-Nasen-Ohren Erkrankungen (z. B. Schlafapnoe) Nein Ja
- Infektionserkrankungen (z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose) Nein Ja
- Allergien/Unverträglichkeiten (z. B. Penicillin, Latex, Nickel, Kunststoff) Nein Ja
- Anfallsleiden (z. B. Epilepsie) Nein Ja
- andere Nervenerkrankungen Nein Ja
- Tumorerkrankungen Nein Ja
- andere nicht aufgeführte Krankheiten Nein Ja

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Wenn ja, welche

4. Sind beim Zahnarzt Unverträglichkeiten (Spritze) oder Nachblutungen (Zahnziehen) aufgetreten? Nein Ja

5. Für weibliche Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Nein Ja

Bitte beachten Sie zum nächsten Termin folgende Verhaltensregeln:

- Einen Tag vorher bis 2 Tage nach dem Eingriff keine koffeinhaltigen Getränke (Bohnenkaffee, Cola, Energy-Drinks) und kein Alkohol
- Vor dem Eingriff ordentlich Frühstück, da erst wieder nach Abklingen der Betäubung gegessen werden darf
- Am Operationstag sollten Sie nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, da die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt sein kann. Das Führen eines Kraftfahrzeuges geschieht in Eigenverantwortung

Ort, Datum:

Unterschrift:

KiO4U ZMVZ GbR
KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ
ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)
DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)
ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA
T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25
M MAIL@KIO4U.DE

BANKVERBINDUNG

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK
IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20
BIC DAAEDEDXXX

MITGLIEDSCHAFTEN

KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE
VEREINIGUNG THÜRINGEN

LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
THÜRINGEN

BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN
KIEFERORTHOPÄDEN

DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
KIEFERORTHOPÄDIE E.V.

DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
ALIGNER ORTHODONTIE

DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT
ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN

WWW.KIO4U.DE

