



Dr. Dr. Bernd Meier

Praxis für Implantologie

Oralchirurgie & Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Arzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Zahnarzt für Oralchirurgie

Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Hauptstraße 63 · 77652 Offenburg

Telefon: 07 81 - 92 46 210 · Fax: 07 81 - 92 46 211

www.implantat-offenburg.de

Name _____ geb. _____

Straße _____ Ort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

tagsüber erreichbar unter _____ Krankenkasse _____

Name des Mitgliedes _____ geb. _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

bei Privatversicherten: Sind Sie im Basistarif versichert? Ja Nein

Hausarzt: _____ Zahnarzt: _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben: (Bitte ankreuzen, was zutrifft, auch Rückseite beachten)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler/-ersatz | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker) | <input type="checkbox"/> Epilepsie (Krampfanfälle) |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Allergie (z. B. Heuschnupfen, Lebensmittel), wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Medikamentenallergie (z. B. Penicillin), wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Endokarditis (Herzentzündung) | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungshemmer (z. B. Marcumar, ASS), wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Gelbsucht (Lebererkrankung) | <input type="checkbox"/> Knochenaufbauende Medikamente (z. B. Osteoporose), wenn ja, welche? _____ |

1) Bestehen zur Zeit andere Krankheiten? Wenn ja, welche? _____

2) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? _____

3) Ist bei Operationen ein Antibiotikum erforderlich (Endokarditisprophylaxe)? Ja Nein

4) Haben Sie nach Operationen oder Verletzungen lange geblutet? Ja Nein

5) Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja Nein

bitte wenden →

- 6) Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein
- 7) Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____
- 8) Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein ungewiss ____ Monat
- 9) Hatten Sie bereits früher einen kieferchirurgischen Eingriff? Ja Nein
- Wenn ja, welchen? _____
- 10) Hatten Sie oder ein Familienmitglied eine außergewöhnliche Reaktion auf Narkosemittel? Ja Nein
- 11) Haben Sie eine AIDS-Erkrankung, Infektion oder könnten Sie sich infiziert haben? Ja Nein
- 12) Sind Sie HIV-getestet? wann: _____ Ja Nein

Einwilligungserklärung für den Notfall

In ganz seltenen, aber leider nicht ausschließbaren Fällen kann es vorkommen, dass sich das Praxispersonal bei Handlungen am Patienten selbst verletzt und einen Arbeitsunfall, z. B. durch eine Stichverletzung mit einer Spritze, erleidet.

Wenn dabei die Gefahr einer Infizierung mit übertragbaren Krankheiten besteht, insbesondere mit Hepatitis und AIDS, müssen aus medizinischen Gründen sofort Gegenmaßnahmen getroffen werden.

Dazu gehört, insbesondere bei AIDS, ein sofortiger Bluttest des Patienten, weil es für die Wirkung des Medikaments, wäre der Test positiv, auf Minuten ankommen kann, je schneller das Medikament eingesetzt wird, desto höher seine Chancen.

Aus rechtlichen Gründen ist die Blutentnahme sowie die Testung des Blutes auf Hepatitis und AIDS nur mit Einwilligung des Patienten zulässig.

Für den Fall, dass sich Praxispersonal bei einer Behandlung derart verletzt, dass die Gefahr einer Infizierung besteht, erteile ich hiermit meine Einwilligung zur sofortigen Blutentnahme und Testung meines Blutes, insbesondere auf Hepatitis und AIDS.

Offenburg, den _____ Unterschrift _____