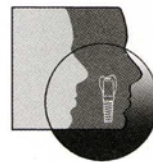


# Gemeinschaftspraxis für Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgie



Hindenburgstraße 2  
96450 Coburg  
Telefon: 09561-59660

**Dr. med. Dr. med. dent. Holger Bettinger (M.Sc.)**  
**Dr. med. Dr. med. dent. Kay-Uwe Feller**  
**Dr. med. Dr. med. dent. Ullrich Otte**  
**Dr. med. dent. Tariq Sultan**

Kiehnlestraße 16  
75172 Pforzheim  
Telefon: 07231-1540950

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

Bitte ankreuzen!

- |                                                                                         | Nein                  | Ja                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 10. Leiden Sie an einer Bluterkrankung? (z.B. Anämie, Leukämie, etc.)                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Leiden Sie an einer Herzerkrankung?                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Leiden Sie an einem Schlaganfall?                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Haben Sie einen Herzschrittmacher?                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Leiden Sie an Diabetes?                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Leiden Sie an einer Lebererkrankung?                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Haben Sie eine Infektionskrankheit? (Aids, Hepatitis, etc.)                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Haben/Hatten Sie eine Krebserkrankung?                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Haben/Hatten Sie eine Chemo- oder Bestrahlungstherapie?                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Nehmen Sie Bisphosphonate ein? (Medikamente für Knochenstoffwechsel, Chemotherapie) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Haben Sie eine Allergie?                                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Sind Sie schwanger?                                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Rauchen Sie?                                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Nehmen Sie Drogen ein?                                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie z.Zt. noch in ärztlicher Behandlung?           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

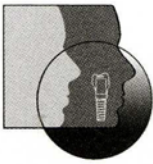
Welche? \_\_\_\_\_

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

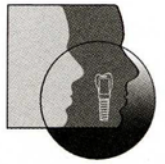
Da die Praxis auch als Hospitations- und Fortbildungszentrum fungiert, können weitere Zahnärzte bei den Behandlungen zu Lehrzwecken anwesend sein.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

- ☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde von anderen Ärzten sowie Leistungserbringern (z.B. Labor) angefordert und übermittelt werden dürfen.
- ☐ Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass während der Behandlung Foto- und Videomaterial zu Dokumentationszwecken erstellt werden.



## Gemeinschaftspraxis für Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgie



Hindenburgstraße 2  
96450 Coburg  
Telefon: 09561-59660

**Dr. med. Dr. med. dent. Holger Bettinger (M.Sc.)**  
**Dr. med. Dr. med. dent. Kay-Uwe Feller**  
**Dr. med. Dr. med. dent. Ullrich Otte**  
**Dr. med. dent. Tariq Sultan**

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.

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.