

Dr.med. Dr.med.dent. J. Wahn  
Dr.med. Dr.med.dent. T. Illg  
Venloer Str. 249  
Tel.: 0221 5109733

wahn  
illg

kieferchirurgie  
gesichtschirurgie  
implantologie

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Um eine optimale Behandlung zu gewährleisten benötigen wir noch einige Informationen von Ihnen.

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel.privat: \_\_\_\_\_ Tel.beruflich: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Versichert über (Name/Vorname): \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Wurden Sie jemals operiert?  nein  ja

Wenn ja, wann und aus welchem Grund? \_\_\_\_\_

Gab es dabei Probleme? \_\_\_\_\_

1. Haben Sie eine erhöhte **Blutungsneigung** (z.B. bei Verletzungen oder Zahnbehandlungen, häufiges Nasenbluten) oder entstehen bei Ihnen leicht **blaue Flecken**? Besteht bei Ihnen eine **Blutkrankheit**?  nein  ja

2. Leiden Sie unter einer **Herz-** oder **Lungenerkrankung** (z.B. Herzfehler, Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Asthma, Emphysem) oder haben Sie einen **Herzschrittmacher**?  nein  ja

3. Wie ist Ihr **Blutdruck**?  normal  erhöht  erniedrigt

4. Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

- **Schilddrüsenerkrankungen** (Über- oder Unterfunktion, Kropf)  nein  ja

- **Erkrankungen des Nervensystems** (z.B. Krampfanfälle)  nein  ja

- **Zuckerkrankheit**  nein  ja

- **Grüner Star**  nein  ja

- **Infektionskrankheiten** (z.B. Hepatitis, Tbc, HIV/AIDS)  nein  ja

**BITTE wenden!!!!!!**

5. Befanden Sie sich in letzter Zeit in **ärztlicher Behandlung**?  nein  ja

wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

6. Haben Sie eine **Allergie** (z.B. Asthma, Heuschnupfen) oder **Überempfindlichkeitsreaktionen** (z.B. gegen Pflaster, Nahrungsmittel, Latex, Medikamente, örtliche Betäubungsmittel, Jod, Kontrastmittel)?  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

7. Nehmen Sie **Medikamente**? (z.B. Marcumar, Xarelto, Aspirin, ASS, Antibiotika, Kortison)

nein

ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

8. Frauen im gebärfähigem Alter: Sind Sie **schwanger**?  nein  ja

9. **Rauchen** Sie?  nein  ja

Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

10. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  nein  ja

Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Wir weisen Sie darauf hin, dass nach der Gabe von Lokalanästhetikum, das Führen von Kraftfahrzeugen und Maschinen untersagt ist. Weiterhin weisen wir daraufhin, dass Leistungen in Verbindung mit implantologischen Versorgungen in der Regel privatärztlich abgerechnet werden.

Sollten Sie am Operationstermin verhindert sein, bitten wir Sie diesen Termin spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir sonst gezwungen sind, ein Ausfallshonorar von **100 Euro** zu erheben.

**Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich einverstanden, dass mein Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Zahnärzten und Leistungserbringern, sowie Krankenkassen und Abrechnungsstellen anfordern darf. Die entsprechenden Daten in Schriftform oder elektronisch gespeichert werden und entsprechende Daten an andere Ärzte, Zahnärzte, Leistungserbringer, Krankenkassen und Abrechnungsstellen übermittelt werden dürfen.**

**Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.**

Köln, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_