



DR MARKUS SCHINDLER
ORALCHIRURGIE & IMPLANTOLOGIE

Hinweise für ambulante Eingriffe

- In den letzten 6 Stunden vor dem geplanten Eingriff dürfen Sie weder trinken, rauchen noch essen.
- Nach Beendigung des Eingriffs sind Sie nicht straßenfähig.
- Bitte tragen Sie Sorge, dass während dem Eingriff eine Begleitperson in der Praxis anwesend ist, welche Sie anschließend nach Hause bringt.
- Wegen der Nachwirkungen der Anästhesie dürfen Sie frühestens nach 24 Stunden wieder aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, Maschinen bedienen und Alkohol konsumieren.
- Auch sollten Sie in dieser Zeit keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Herr Dr. Schindler hat mir heute Indikation, Ablauf und Risiken der bei mir vorgesehenen Operation erläutert.

Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle für mich wichtigen und interessierenden Fragen stellen.

Ich bin mit der Durchführung der Operation einverstanden.

Datum, Ort

Unterschrift Patient
bzw. des Sorgeberechtigten

Unterschrift Dr. Schindler

Name des Patienten	geboren	Beruf
Vorname	Straße/Hausnummer	Telefon/Mobil
Größe	Postleitzahl	Krankenkasse
Gewicht	Wohnort	Hausarzt

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der mit dem Operateur abgesprochene Eingriff bei mir / bei meinem Kind in Narkose oder örtlicher Betäubung oder einer Kombination beider Methoden durchgeführt wird. Das allgemeine Anästhesierisiko (z.B. Zahnschäden, Venenreizung, Stimmstörungen, Übelkeit und Erbrechen) ist mir bekannt. Ich bin über das vorgesehene Anästhesieverfahren in verständlicher Form informiert worden. Ich habe dazu keine Fragen mehr. Den Informationsbogen zur Durchführung einer ambulanten Anästhesie habe ich zur Kenntnis genommen und benötige keine weitere Bedenkzeit mehr.

Datum, Ort

Unterschrift Patient
bzw. des Sorgeberechtigten

Unterschrift Dr. Schindler

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten		Erläuterungen
Wurden Sie schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Traten bei früheren Narkosen oder bei örtlicher Betäubung schon einmal Schwierigkeiten auf? Welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kam es bei Blutsverwandten zu Narkosezwischenfällen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie z. Z. stark erkältet (Husten, Schnupfen, Fieber)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rauchen Sie? Wieviel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wieviel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie häufig Schlaf- oder Beruhigungsmittel? Welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie bei leichter Körperlicher Anstrengung starke Atemnot?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Tragen Sie Zahnersatz z.B. Kronen, Stiftzähne, Prothesen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kreislaufkrankungen (z.B. ständig zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gefäßerkrankungen(z.B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit, Fruchtzuckerunverträglichkeit, Porphyrrie)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schilddrüsenerkrankungen (Kropf, Schilddrüsenüberfunktion)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Fettleber, Leberzirrhose)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nierenerkrankungen z.B. chronische Pyelonephritis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nervenerkrankungen z.B. Lähmungen, Hirnschäden, epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gemütskrankungen z.B. Depressionen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wirbelsäulenerkrankungen z.B. Bandscheibenbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gelenkerkrankungen z.B. Rheuma?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bluterkrankungen z.B. Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Muskelerkrankungen z.B. angeborene Muskelatrophie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Allergische Erkrankungen z.B. Hautausschlag durch Medikamente, Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Atemwegserkrankungen z.B. chronische Bronchitis, Asthma?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lungenerkrankungen z.B. Tuberkulose, Staublinge, Lungenembolie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	