



### **Einverständniserklärung**

Ich bin über meine Erkrankung – die Erkrankung meines Kindes \_\_\_\_\_ und deren Behandlungsmöglichkeiten informiert. Die typischen Gefahren der Eingriffe im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich sind Herz- und Kreislaufwirkung (Kollaps, usw.) des lokalen Betäubungsmittels, Entzündung, Bluterguß mit den entsprechenden Folgen sowie Beeinträchtigung von Nerven (Gefühlsstörung, Missempfinden, Taubheitsgefühl). Diese Gefahren sind auch bei sorgfältiger Behandlung möglich! Ggf. spezielle Komplikationen des geplanten Eingriffs habe ich dem Aushang im Wartezimmer entnommen. Bei weitergehenden Fragen werde ich den behandelnden Arzt vor der Operation ansprechen.

**Ich bin mit der geplanten Operation einverstanden.**

Mir ist bekannt, dass das Führen eines Kraftfahrzeugs nach einem operativen Eingriff ärztlicherseits nicht verantwortet werden kann.

Um bei der Diagnose und Behandlung Ihrer Beschwerden nichts unberücksichtigt zu lassen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

#### **Art der Behandlung** \_\_\_\_\_

**nein ja**

Werden Sie z. Zt. ärztlich behandelt? wenn ja, wegen welcher Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente oder Drogen? wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht Überempfindlichkeit gegen Medikamente? wenn ja, gegen welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate Zahn-, bzw. Kieferaufnahmen gemacht worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgen-Aufnahmen vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **Leiden oder litten Sie an:**

Organ-, Herzleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufbeschwerden (Kollapsneigung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung, Gelbsucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Krämpfe, Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung (z.B. nach Zahnentfernung, Operationen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie künstlicher Bluter (ASS, Marcumar, Xarelto, Pradaxa, Clopidogrel, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Organtransplantat oder Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehören Sie einer Risikogruppe an (Aids, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Verhaltensempfehlungen nach kiefer-gesichts-chirurgischen Eingriffen erhalten.		<input type="checkbox"/>

Sofern ich als gesetzlich versicherter Patient spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn keinen gültigen Krankenschein/Versichertenkarte vorlege, bin ich für mich oder das zu mir gehörende Kind mit privatärztlicher Rechnungsstellung entweder durch die Praxis oder aber durch die privatärztliche Abrechnungsgesellschaft Mediserv einverstanden. Insbesondere bin ich hier mit einer Weitergabe der für die Abrechnung erforderlichen Daten an die Abrechnungsgesellschaft und die kreditgebende Bank einverstanden sowie mit der Abtretung der Forderungen an die Mediserv GmbH. Als privat versicherter Patient bin ich ebenfalls mit der Weitergabe der für die Abrechnung erforderlichen Daten an die Abrechnungsgesellschaft und die kreditgebende Bank einverstanden sowie mit der Abtretung der Forderungen an die Mediserv GmbH.