

Dr. med. dent. C.J. Hayim M.Sc.

*Ästhetische Zahnheilkunde
Implantologie, Laserzahnmedizin
Rüttenscheider Str. 194 - 196
45131 Essen
Tel. 0201 - 48 68 2900*



Einverständniserklärung

Frau/ Herr

Geplante Behandlung

Ich bin über meine Erkrankung/die Erkrankung meines (unseres Kindes)

und deren Behandlungsmöglichkeiten sowie über typische Gefahren der vorgesehenen Behandlung (Entzündung, Blutung, Nervenbeeinträchtigung) informiert. Das Informationsblatt habe ich erhalten und gelesen. Mit der geplanten Behandlung bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich nach einem operativen Eingriff kein Kraftfahrzeug mehr führen darf.

Folgende für die Diagnose und Behandlung meiner Beschwerden wichtige Fragen beantworte ich wie folgt:

	Ja	Nein
Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung?	()	()
Wenn ja, wegen welcher Krankheit:	()	()
Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein?	()	()
wenn ja, welche?		
Besteht Überempfindlichkeit gegen Medikamente	()	()
wenn ja, welche?		
Besteht eine Schwangerschaft?	()	()
Leiden Sie an:		
Organischem Herzleiden	()	()
Kreislaufbeschwerden (z.B. Kollapsneigung)?	()	()
Atembeschwerden?	()	()
Bluthochdruck?	()	()
Schilddrüsenerkrankung?	()	()
Zuckerkrankheit? (evtl. in der Familie?)	()	()
Blutungsneigung (z.B. nach Zahntfernung, Operation)?	()	()
Neigen Sie zu Krämpfen?	()	()

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten
oder gesetzlichen Vertreters