

## **Checkliste 'Ästhetische Eingriffe'**

Patientin:

### **1. Terminabsprache**

Da wir auf eine exakte Terminplanung angewiesen sind, bitten wir Sie frühst möglich einen Termin zu vereinbaren. Tel.: 0234/509 -3460.

### **2. Bestätigung**

Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß für uns fehlgeplante Termine erhebliche Kosten verursachen und wir daher auf eine sehr exakte Terminplanung angewiesen sind. Deshalb bitten wir Sie, uns die unten genannten Befunde sowie die Einwilligung und das Patientenprofil spätestens eine Woche vor dem geplanten Termin zu schicken oder zu faxen (Fax.: 0234 509-3461). Sollten wir keine Rückmeldung erhalten, behalten wir uns vor, den Termin anderweitig zu vergeben. Sollte bei Ihnen noch kein Ausgangsphoto gemacht worden sein, muß dieses eine Woche vor dem geplanten Operationstermin in unserer Photoabteilung gemacht werden.

### **3. Blutwerte**

**Folgende Blutwerte werden bei der Operation benötigt:**

- Kleines Blutbild inkl. Thrombozyten
- Blutchemie (Nieren, Leberwerte, Elektrolyte)
- Gerinnung
- Glukose-6-Phosphat-D-Hydrogenase (nur bei Liposuction)

### **4. EKG**

Wenn es notwendig ist und wir Sie darauf hinweisen, ist es sinnvoll vor der Operation ein EKG schreiben zu lassen. Das EKG lassen Sie sich ebenso bitte wie die Blutwerte von einem externen Arzt befunden. Dieser sollte Sie unbedingt noch einmal untersuchen, ob Ihr Herz und Kreislauf absolut gesund sind. Insbesondere bei der Liposuction, sind die Gabe von Flüssigkeit und die entsprechende Medikamentengabe eine erhebliche Kreislaufbelastung. Es ist für uns daher unabdingbar vor der Operation zu wissen, ob Sie möglicherweise eine bislang noch unerkannte Erkrankung haben. Absprachegemäß soll dies durch Ärzte außerhalb unseres Teams (Ihrer Wahl) sichergestellt werden.

### **5. Blutungsneigung**

Die Einnahme von Acetylsalicylsäure-haltigen Schmerzmittel oder anderen blutverdünnenden Produkte sollte vermieden werden. Nach Rücksprache sollten Sie diese zwei Wochen vor dem geplanten OP-Termin absetzen.

Kurz vor und kurz nach der Menstruation kann es zu einer verstärkten Blutungsneigung kommen. Dies sollten Sie bei der Terminierung beachten.

**6.**

Bitte listen Sie alle Krankheiten und Medikamente exakt auf, die Sie innerhalb von zwei Wochen vor der Operation hatten. Wir brauchen ebenfalls eine Aufstellung aller (noch so kleinen) chronischen Krankheiten, die Sie haben. Bitte lassen Sie uns auch diese Liste eine Woche vor der Operation zu kommen und stellen Sie bitte auch Ihr Gewicht fest.

**7.**

Stellen Sie sicher, dass Sie jemand nach dem Eingriff nach Hause fährt und dass nach dem Eingriff nachts jemand nach ihnen schaut.

Die Aufklärung erfolgt durch Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_\_

Sollten Rückfragen bestehen, so können Sie den Abteilungsleiter Dr. Hoffmann jeder Zeit über die Zentrale unter der Rufnummer 0234 5091 oder sein Sekretariat unter der Nummer 0234 3440 erreichen.

**8.**

Stellen Sie bitte sicher, dass Sie am Tage der Operation Ihr von uns verordnetes Mieder, Medikamente, etwaige Kompressionsverbände oder andere Hilfsutensilien aus dem Sanitätshaus parat haben.

**9.**

Alle Behandlungen sind zeitnah zum Eingriff zu bezahlen. Wir bitten Sie dies sicher zu stellen.

## Kostenzusage für operative Behandlung

Patientin:

Ich wünsche eine  
.....

Es ist mir bekannt, dass es sich hierbei um eine privatärztliche Leistung ohne eindeutige medizinische Indikation handelt, die nicht durch die EBM-Gebührenordnung für kassenärztliche Leistungen abgedeckt ist. Ferner bin ich ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass auch private Krankenkassen und Zusatzversicherungen in aller Regel derartige Leistungen nicht tragen werden. Ich werde die Bezahlung unabhängig von eventuellen Erstattungen der Krankenkassen selber zeitnah vornehmen.

Die Liquidation des operativen Eingriffs erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Teilweise erfolgt die Abrechnung als 'Analog'-Ziffer. Je nach Aufwand bzw. Schwere des Eingriffs erfolgt die Gewichtung einzelner Leistungen mit einem Faktor von 2,3 oder 3,5, bei ästhetisch-chirurgischen Leistungen zumeist mit Faktor 3,5.

Je nach Eingriff werden folgende Ziffern anfallen: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 34, 61, 200, 204, 252, 253, 272, 443, 444, 445, 491, 650, 831, 1311, 1635, 2006, 2394, 2403, 2404, 2407, 2440, 2442, 2452.

Medikamente oder ggf. andere Heil- und Hilfsmittel die vor oder nach dem Eingriff zu nehmen sind, werden auf einem Privatrezept verordnet und sind selbst in der Apotheke zu kaufen. Die Kosten sind nicht in der ärztlichen Liquidation enthalten.

Sollte vor, während oder nach der Operation ein unerwarteter Notfall auftreten, können sich die Behandlungskosten eventuell erhöhen. Diese sind selbst zu tragen.

Eine Photodokumentation, für die keine Kosten in Rechnung gestellt werden, wird durchgeführt. Ich erkläre mich zu dieser Photodokumentation bereit.

Die Kosten für die geplante Behandlung werden voraussichtlich €(inkl. Mehrwertsteuer) betragen.

-----

.....  
Patient

.....  
Zeuge

## Patientenprofil

---

### persönliche Informationen:

**Bo.,**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht F/M

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_

Tel. beruflich \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Empfohlen von \_\_\_\_\_

Name, Tel. der im Notfall zu benachrichtigenden Personen \_\_\_\_\_

---

Behandelnder Arzt

- Gynäkologe \_\_\_\_\_

- Chirurg \_\_\_\_\_

- Dermatologe \_\_\_\_\_

- Ernährungsberater \_\_\_\_\_

- Andere \_\_\_\_\_

**Patientenziele**

---

---

**Bemerkungen**

---

---

**Individuelle Informationen**

Größe \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Kleidergröße \_\_\_\_\_

Gesundheitszustand \_\_\_\_\_

Regelblutung \_\_\_\_\_

Hormonbehandlung \_\_\_\_\_

Schwangerschaften \_\_\_\_\_  
(und Gewichtszunahme)

Verhütungsmittel \_\_\_\_\_

**Medizinische Vorgeschichte**

**Medikamente**

---

---

---

---

---

---

**Kosmetische Behandlungen**

---

---

**Ernährungsgewohnheiten**

---

---

## Anamnese

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

---

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit etwaigen Risiken besser vorgebeugt werden kann. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

**Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen.**

---

1. Nehmen Sie **Medikamente** ein? Nein/Ja  
Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar, Aspirin, ASS, Beruhigungsmittel, Schlafmittel, „Antibabypille“, Hormone, Insulin)  
oder: \_\_\_\_\_
  
2. Sind Sie am **Herz-Kreislauf-System** erkrankt? Nein/Ja  
(z. B. hoher Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler)  
oder: \_\_\_\_\_
  
- Tragen Sie einen **Herzschrittmacher** oder eine künstliche **Herzklappe**? Nein/Ja  
Falls Sie einen **Schrittmacherausweis** besitzen, bitte vorlegen.
  
3. Haben oder hatten Sie **Gelbsucht oder Leberentzündungen**? Nein/Ja  
Sind akute oder chronische Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV) bekannt?  
Nein/Ja
  
4. Leiden Sie unter häufigem **Nasenbluten, Blutergüssen** auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, **Gerinnungsstörungen**? Nein/Ja
  
5. Sind **Allergien** (z. B. Heuschnupfen, Asthma) bekannt oder **Unverträglichkeit** insbesondere von Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex (Allergie-Paß)?  
Nein/Ja  
oder: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
6. Haben Sie häufig **Infektionen** (Abszesse, Fisteln)? Nein/Ja
  
7. Neigen Sie zu überschießender **Narbenbildung** (Keloide, verzögerte Heilung)? Nein/Ja
  
8. Haben Sie **Krampfadern** (Varizen)? Nein/Ja
  
9. Hatten Sie schon einmal eine **Thrombose** oder **Embolie**? Nein/Ja
  
10. **Rauchen** Sie? Nein/Ja
  
11. Bekamen Sie schon einmal eine **Spritze zur örtlichen Betäubung**? Nein/Ja
  
12. **Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?** Nein/ja  
**Liegt der Op-Termin im Zeitraum der nächsten Regelblutung?** Nein/Ja

