

Aufklärung Implantation

Patient:

Befund/Diagnose: ____

Behandlungsalternativen

sonstige: ____ keine

Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen der geplanten Behandlung

Allgemein: Nachblutungen ■ Entzündungen, auch des Knochenmarks und von Weichteilen ■ Defekte im Kieferknochen Schwellungen ■ Wundschmerzen ■ eingeschränkte Mundöffnung ■ Nachblutungen

Im Unterkiefer: Sensibilitätsstörungen der Lippe und Zunge mit Geschmacksstörungen

Im Oberkiefer: Eröffnung zum Nasenboden ■ Eröffnung der Kieferhöhle ■ Fistelbildung ■ Nachoperation

In Ihrem Fall bestehen folgende besondere Risiken: ____

Verlauf, Verhalten des Patienten vor, während und nach der Behandlung, Nachsorge

Kühlung, Schonung der Wunde, Vermeidung von Kaffee, Nikotin und Alkohol, weiche Ernährung

Schmerzmittel, Antibiotika

sonstige Hinweise: ____

Unterlassung der Behandlung/möglicher Alternativen – mögliche nachteilige Folgen

fortschreitende Entzündung, auch des Knochens ■ weitere prothetische Behandlungen nicht möglich ■ bei Gefühlsstörung der Unterlippe keine Aussicht auf Besserung ■ chronische Infektion der Kieferhöhle

sonstige mögliche nachteilige Folgen im vorliegenden Fall: ____

Kosten gemäß Heil- u. Kostenpl. Kostenvoranschlag Mehrkostenvereinbarung (liegen mir vor)
SUMME Eigenanteil ca. ____ €. Unvorhersehbare Entwicklungen können zusätzliche Kosten bewirken.

Bestätigung der Aufklärung

Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt hat alle Punkte ausführlich mit mir besprochen. Ich habe alles verstanden und keine Fragen mehr. Ich habe meine Entscheidung gründlich bedacht und brauche keine weitere Überlegungsfrist.

Patienteneinwilligung

Ich willige in die vorgeschlagene(n) Behandlung(en) ein. Dies gilt auch für eine eventuelle Betäubung, über die ich gesondert aufgeklärt wurde, sowie für notwendige Änderungen/Erweiterungen/Neben-/Folgeeingriffe. Ich kann die Einwilligung bis zum Behandlungsbeginn widerrufen.

Ich willige in die vorgeschlagene(n) Maßnahme(n)/Behandlung(en) nicht ein und bestätige hiermit, dass ich über die möglichen Folgen des Unterlassens der Maßnahme aufgeklärt wurde.

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Unterschrift Assistenz

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient/gesetzlicher
Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter*