



Dr. med. dent. Thomas Käppler M.Sc. M.Sc.
Lutherstraße15, 01900 Großröhrsdorf, ☎035952/ 46819
Weißbacher Straße 3, 01896 Pulsnitz, ☎035955/ 73655
info@zahnarztpraxis-kaeppler.de
www.zahnarztpraxis-kaeppler.de

Einwilligung zu einer Zahnimplantation (enossal)

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass an mir eine Zahnimplantation vorgenommen wird.

Insbesondere sind mir folgende Punkte erläutert worden:

- Die Zahnimplantation ist ein operativer Eingriff, bei dem es zu möglichen Komplikationen kommen kann (z. B. Wundheilungsstörung, Blutung).
- Der Eingriff wird in örtlicher Betäubung durchgeführt. Dies birgt Risiken hinsichtlich einer Unverträglichkeit des Anästhetikums, Blutungen im Injektionsbereich und der Schädigung von Nerven in sich.
- Vorerkrankungen und Allgemeinleiden können einen negativen Einfluss auf eine Implantation haben. Mir ist bekannt, dass ich solche Erkrankungen daher mitteilen muss.
- Ein Erfolg der Implantation kann nicht garantiert werden, ebenso wenig eine bestimmte Verweildauer des Implantates.
- Im Unterkiefer kann es bei bestimmten Voraussetzungen zu einer Beeinträchtigung oder dem Verlust des Gefühles in der Lippe oder der Zunge, ggf. auch der Geschmacksempfindung kommen. Dies kann dauerhaft sein, ist jedoch meist vorübergehend.
- Im Oberkiefer kann es zu einer Eröffnung der Kieferhöhle kommen. Dies wird durch einen besonders dichten Wundverschluss behoben. Bei bestimmten Verfahren wird die Kieferhöhle in den Eingriff einbezogen. Mir ist bekannt, ob dies in meinem Falle erfolgt, und ich konnte mich über dazu bestehende Risiken informieren.
- Nach einer Implantation sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen erforderlich.
- Implantate erfordern eine sehr gute Zahnpflege.

Ich bestätige, dass ich die obige Unterrichtung einschließlich der Komplikationsmöglichkeiten und der daraus folgenden wesentlichen Beeinträchtigungen verstanden habe. Über Besonderheiten der bei mir vorgesehenen Implantationen konnte ich mich informieren. Alternative Behandlungsmöglichkeiten – auch ohne Implantate – wurden besprochen.

Mir ist bekannt, dass die gesetzlichen Kostenträger implantologische Maßnahmen nicht oder nur in beschränktem Umfang bezuschussen und dass auch bei privaten Versicherern teilweise Einschränkungen bei besonders aufwendigen Maßnahmen vorgenommen werden.

Geplante Implantation:

Region

Material

Nach dem Eingriff kann die Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein. Eine Begleitperson ist daher zu empfehlen. In den ersten Tagen nach der Operation kann es im Bereich des Operationsgebietes zu einer unterschiedlich starken Schwellung kommen.

Ich bestätige hiermit, dass ich über das Ziel und den Hergang des vorgesehenen ärztlichen Eingriffes informiert bin. Ich hatte Gelegenheit, mich über wesentliche Beeinträchtigungen zu informieren, die durch Komplikationen bei der Durchführung und die bei Unterlassung der Behandlung auftreten können. Wenn es im Falle eines unvorhergesehenen Befundes nach ärztlichem Ermessen notwendig erscheint, kann über den vorgeschlagenen Umfang des Eingriffes hinausgegangen werden.

Über seltene, in meinem Fall speziell bestehende Risiken wurde ich aufgeklärt. Dies sind:

Alle meine Fragen wurden beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung widerrufen kann.

Ort

Datum

Patient oder gesetzl. Vertreter (Zahn-)Arzt
(Die Unterschrift eines Elternteils gilt für beide!)

Zusatzvereinbarung (z.B. über Augmentationen, Neurolyse)

Ort

Datum

Patient oder gesetzl. Vertreter (Zahn-)Arzt
(Die Unterschrift eines Elternteils gilt für beide!)