



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 zum (zahn-)ärztlichen Eingriff

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Vorgesehene Behandlung:

Spezielle Risiken der Behandlung (genaue Beschreibung, keine Fachtermini):

Mögliche Spätfolgen der Behandlung:

Risiken bei Unterlassung der Behandlung:

Alternative Behandlung:

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. Andere Behandlungsmöglichkeiten wurden besprochen. Wenn es im Falle eines unvorhergesehenen Befundes nach ärztlichem Ermessen notwendig erscheint, kann über den vorgeschlagenen Umfang des Eingriffes hinausgegangen werden.

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

Ort

Datum

Patient oder gesetzl. Vertreter

(Die Unterschrift eines Elternteils gilt für beide!)

Dr. Thomas Käppler M. Sc. M. Sc.

(Zahn-)Arzt

Ich wurde darüber informiert, dass meine Krankenversicherung Kosten in der nachgenannten

Höhe voraussichtlich nicht übernehmen oder bezuschussen wird.

Dr. Thomas Käppler M. Sc. M.Sc.

Patient oder gesetzl. Vertreter

(Zahn-)Arzt