Einverständniserklärung
- Implantologie -

1. Ich wurde über Formen und Techniken der Implantologie informiert und verstehe die chirurgische Vorgehensweise. Es wurde mir erläutert, dass das bei mir geplante Implantat in den Knochen und unter die Schleimhaut/das Zahnfleisch eingesetzt wird.

2. Alle alternativen Therapiemaßnahmen der zahnmedizinischen Rekonstruktion wurden mir erklärt. Mein Zahnarzt/meine Zahnärztin hat meinen Kiefer/meinen Mund sorgfältig untersucht. Nach eingehender Diskussion habe ich mich für eine implantologische Maßnahme entschieden.

3. Ich wurde ausführlich darüber aufgeklärt, dass Risiken oder Komplikationen bei jedem chirurgischen Eingriff, bei jeder Lokalanästhesie oder bei zusätzlicher Medikamentengabe auftreten können. Über nachfolgende Reaktionen, wie Schwellung, Schmerzen, Infektion oder allgemeines Unwohlsein bin ich informiert. Taubheiten der Lippe, Zunge, Wange, Kinn oder der Zähne können auftreten. Die genaue Dauer einer solchen Beeinträchtigung ist nicht vorauszusagen; in außergewöhnlichen Fällen kann sie auch irreversibel sein. Zusätzliche Infektionen der Wunde, des Gefäßsystems oder des umliegenden Gewebes sind möglich. Auch wurde ich darüber informiert, dass Knochenfrakturen, die Eröffnung der Kieferhöhle, verzögerte Heilung oder allergische Reaktionen auf Anästhetika oder Medikamente auftreten können.

4. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass es bis zum heutigen Zeitpunkt keine Methode gibt, um die Heilungsmöglichkeiten des Knochens und des Zahnfleisches von vornherein festzulegen. Der Heilungsverlauf ist individuell unterschiedlich. Nach dem Heilungsverlauf richtet sich die weitere Behandlung.

5. ☐ Bei mir wird ein **einphasiges** Implantat eingesetzt.
   Bei einem einphasigen Implantat kann innerhalb eines kurzen Zeitraumes nach der Implantation oder sofort im Anschluss eine festsitzende provisorische Versorgung auf dem Implantat eingegliedert werden. Nach ca. 6-8 Wochen erfolgt die weitere Versorgung.

   ☐ Bei mir wird ein **zweiphasiges** Implantat eingesetzt.
   Bei einem zweiphasigen Implantat bleibt das Implantat während der Einheilzeit von Schleimhaut bedeckt; es kann daher keine sofortige festsitzende provisorische Versorgung erfolgen. In der Regel beträgt die Einheilphase ca. 3 - 4 Monate, in Ausnahmefällen auch länger.

6. Ich wurde darüber informiert, dass keine Erfolgsgarantie für Implantate gegeben werden kann. Für den Fall eines Misserfolges muss das Implantat wieder entfernt werden. Den Zeitpunkt der Entfernung bestimmt mein Zahnarzt/meine Zahnärztin.

7. Ich wurde darüber informiert, dass eine äußerst genaue Mundhygiene rund um die Implantate und in der gesamten Mundhöhle vorgenommen werden muss. Durch eine optimale Mundhygiene werde ich wesentlich dazu beitragen, den implantologischen Erfolg positiv zu beeinflussen.

8. Ich wurde darüber informiert, dass exzessives Rauchen, Alkoholmissbrauch und eine falsche Belastung der Implantate den Erfolg der Behandlung wesentlich beeinträchtigen können.

9. Die Anweisungen meines Zahnarztes/meiner Zahnärztin werden ich befolgen. Ich wurde darüber informiert, dass Folgeuntersuchungen in sechsmonatigen Abständen erfolgen müssen und erkläre mich mit einer halbjährlichen regelmäßigen Kontrolle meiner Implantate einverstanden.

10. Ich bin mit Röntgenaufnahmen und Fotografien während des chirurgischen Eingriffes und bei Folgeuntersuchungen einverstanden.

Einverständniserklärung
- Implantologie -

11. Ich habe meinen Zahnarzt/meine Zahnärztin über meine zahnmedizinische und medizinische Vorgeschichte informiert. Zusätzlich habe ich einen ärztlichen Fragebogen für meinen behandelnden Arzt erhalten, mit der Bitte, diesen Untersuchungsbogen ausgefüllt an meinen behandelnden Zahnarzt/meine behandelnde Zahnärztin zurückzugeben.

12. Es ist mir bewusst, dass ich alle Veränderungen oder über das Maß des Normalen hinausgehende Schwierigkeiten unverzüglich meinem Zahnarzt/meiner Zahnärztin anzeigen muss.

13. Mein Zahnarzt/meine Zahnärztin hat mich darüber aufgeklärt, dass implantologische Leistungen reine Privatleistungen sind und auch als solche abgerechnet werden. Reduzierungen von Seiten der Krankenkasse/Versicherung gehen nicht zu Lasten meines Zahnarztes/meiner Zahnärztin, sondern werden von mir ausgeglichen.

14. Kosten für Folgeuntersuchungen und Folgebehandlungen, Auswechseln von Implantatteilen, Wiederherstellungen oder notwendige Veränderungen der Gesamtkonstruktion werden, ohne Rücksicht auf Bezuschussung durch Krankenkasse oder Versicherung, von mir übernommen.

15. Über mögliche gutachterliche Verfahren bei implantologischen Leistungen wurde ich informiert. Mein Zahnarzt/meine Zahnärztin hat mich dahingehend informiert, dass alle im Rahmen des normalen Praxisverlaufes möglichen Fragen zur gutachterlichen Stellungnahme beantwortet werden. Erstattungsreduzierungen durch die Krankenkasse/Versicherung werden von mir nicht abgezogen, es sei denn nach Rücksprache mit meinem behandelnden Zahnarzt/meiner Zahnärztin.

Nach ausführlicher Aufklärung bin ich mit einer implantologischen Versorgung einverstanden.

Berlin, den

_____ _____

Unterschrift Patient Stempel Praxis / Unterschrift

Einverständniserklärung
- Implantologie -

Aufklärung Anästhesie

Name des Patienten:

Mögliche Komplikationen der zahnärztlichen Anästhesie:

16. schmerzende Einstichstelle
17. lokale Infektion durch Verschleppung von Keimen aus dem Speichel
18. Fraktur der Kanüle
19. Eigenverletzung der anästhesierten Bereiche
20. langfristig andauerndes Taubheitsgefühl
21. Verletzungen von Blutgefäßen (Blutgefäße verlaufen immer neben Nervenfasern)
22. enthalten neben Lokalanästhetikum (z.B. Articain) auch andere Stoffe, die zu Überempfindlichkeit oder allergische Reaktionen führen können

folgende Symptome können hinterher auftreten:

Hautausschlag
Juckreiz
Hautrötungen
Schwellung der Lippen
Herzrasen
Übelkeit

Komplikation durch Adrenalin

- ✓ Intoxikation zeigt sich z.B. durch Kopfschmerzen, Angst, Nervosität, Blutdruck-
- ✓ Anstieg, Bewusstseinsverlust
- ✓ Hyperventilation
- ✓ Psychisch ausgelöste Reaktionen z.B. : Ohnmacht, Blutdruckabfall, Verwirrung,
- ✓ Unruhe

Um Fehlverhalten im Straßenverkehr zu vermeiden, beachten Sie nach dem Eingriff:

Vorsicht im Straßenverkehr!
kein Fahrzeug lenken!
Eventuell mit Begleitperson kommen!
Alkoholgenuss vermeiden!
Schmerzmittel erst zu Hause einnehmen

Bitte essen Sie erst wieder, wenn das Betäubungsgefühl vollständig verschwunden ist

Berlin, den

_____
Unterschrift Patient /gesetzl.Vertreter