

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass an mir (meinem Kinde) eine Zahnimplantation vorgenommen wird. Desgleichen stimme ich einer Änderung oder Erweiterung des Eingriffes zu, soweit dies während der Operation aus medizinischen Gründen dringend erforderlich werden sollte.

1. Über Wesen und Technik der Implantologie bin ich informiert worden und verstehe den Vorgang der chirurgischen Vorgehensweise. Es ist mir erklärt worden, dass ein Implantat in den Knochen hinein, unter das Zahnfleisch zur Fixierung eingesetzt werden muß.

2. Alle alternativen Therapiemassnahmen der zahnmedizinischen Rekonstruktion sind mir erklärt worden. Mein Zahnarzt hat sorgfältig meinen Mund untersucht. In einer gegenseitigen Diskussion habe ich mich für die implantologische Massnahme entschlossen.

3. Ich bin vollständig darüber aufgeklärt worden, dass mögliche Risiken oder Komplikationen bei jedem chirurgischen Eingriff, bei jeder Lokalanästhesie oder bei zusätzlichen Medikationen auftreten können. Über nachfolgende Komplikationen, wie Schwellungen, Schmerzen, Infektion oder allgemeines Unwohlsein, bin ich informiert. Taubheit der Lippe, Zunge, Wange, Kinn oder Zähne können auftreten. Die exakte Dauer dieser Beeinträchtigung ist nicht vorauszusehen und mag in aussergewöhnlichen Fällen auch irreversibel sein. Ich bin darüber informiert worden, dass Einbrüche in die Kieferhöhle, verzögerte Heilung oder allergische Reaktionen auf Medikamente oder Anästhetika auftreten können.

4. Es ist mir bewußt, dass ich alle Veränderungen oder über das Mass des Normalen hinausgehende Schwierigkeiten unverzüglich meinem Zahnarzt anzeigen muss.

5. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass es bis zu dem heutigen Zeitpunkt keine Methode gibt, um die Heilungsmöglichkeiten des Knochens und des Zahnfleisches von vornherein festzulegen. Der Heilungsverlauf ist individuell unterschiedlich.

6. Ich bin darüber informiert worden, dass keine Erfolgsgarantie für Implantate gegeben werden kann. Für den Fall eines Misserfolges muss das Implantat sofort entfernt werden. Den Zeitpunkt der Entfernung bestimmt mein Zahnarzt.

7. Ich bin darüber informiert worden, dass eine peinlichst genaue Mundhygiene um die Implantate vorgenommen werden muß. Den implantologischen Erfolg werde ich durch eine optimale Mundhygiene wesentlich unterstützen (siehe auch 12.).

8. Ich bin darüber informiert worden, dass exzessives Rauchen (>5 Zigaretten/Tag), Alkoholabusus und parafunktionelle Belastungen meiner Implantate den Erfolg wesentlich beeinträchtigen können. Ich verspreche, den Anweisungen meines Zahnarztes Folge zu leisten, und erkläre mich mit einer halbjährlichen Kontrolle einverstanden.

9. Ich bin mit Röntgenaufnahmen und Fotografieren während des chirurgischen Eingriffes und bei nachfolgenden Untersuchungen einverstanden.

10. Mein Zahnarzt hat mich darüber aufgeklärt, dass implantologische Leistungen reine Privatleistungen sind und auch als solche abgerechnet werden. Kürzungen des

Honorars von seiten der Krankenkasse/Versicherungen gehen nicht zu Lasten des Zahnarztes, sondern werden von mir ausgeglichen.

11. Nachfolgende Untersuchungen oder Auswechseln von Implantatteilen oder Veränderungen der Gesamtkonstruktion müssen von mir ohne Rücksicht auf die Bezuschussung durch Krankenkassen oder Krankenversicherung ausgeglichen werden.

12. Ich bin darüber informiert und einverstanden die Implantate zwei mal im Jahr untersuchen und reinigen zu lassen. Ich gebe meine Erlaubnis für die Speicherung meiner Daten zum Zweck des Recalls.

13. 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, auch sehr starken Schwellung kommen, die jedoch mit kalten Umschlägen gut zu behandeln ist. Sie erhalten nach dem Eingriff spezielle Hinweise für das Verhalten nach der Operation sowie eventuell eine Krankmeldung und ein Rezept für Medikamente.

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

_____, den _____
Ort

Unterschrift des Patienten oder eines Erziehungsberechtigten

Unterschrift des Arztes

Unterschrift der Helferin