Zahnarztpraxis Emin Radoncic M.Sc.

Einwilligung zu einem zahnärztlichen Eingriff

Name: _____

Ich bestätige, dass ich über die geplante oben genannte Behandlung einschließlich Zweck und Hergang des Eingriffs, sowie seine wesentlichen Vor-, Nachteile und Risiken, auch im Vergleich zu anderen Methoden der Behandlung und über die Möglichkeit des Unterlassens des Eingriffes umfassend aufgeklärt wurde.

Ich wurde über mögliche Komplikationen und Risiken der Behandlung, wie Schwellung, Wundheilungsstörungen, sowie die Gefahr einer Gefäß- (Blutung, Nachblutung) oder Nervverletzung (vorübergehende oder, seltener, bleibende Gefühllosigkeit in dem betreffenden Bereich) aufgeklärt. Ich bin informiert, dass es im Unterkiefer durch vorbestehende Schwächungen des Knochenkörpers in seltenen Fällen zu einem Kieferbruch kommen kann (Vorsicht bei Kontaktsportarten!). Sind benachbarte Zähne mit Füllungen oder Kronen/ Zahnersatz versorgt, so kann deren Beschädigung während der Behandlung nicht mit völliger Sicherheit ausgeschlossen werden. Ich bin auch auf mögliche körperliche/ seelische/ berufliche Komplikationen nach dem Eingriff hingewiesen worden. Die allgemeinen Risiken einer lokalen Betäubung (allergische/ zentralnervöse Unverträglichkeiten, mögliche Nervschädigung mit bleibendem Taubheitsgefühl) wie auch die Beeinträchtigung der Verkehrstauglichkeit wurden mir ausführlich erläutert. Ich wurde informiert, dass es im Falle eines unvorhergesehenen Befundes nach ärztlichem Ermessen notwendig oder sinnvoll sein kann, über den geplanten Umfang des Eingriffes hinauszugehen.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, alle meine Fragen mit dem Behandler zu besprechen. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht/ erfolgte, soweit ich es wünschte. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung widerrufen kann. Ich erkläre mich mit der/n vorgesehenen Maßnahme/n und Methode/n, sowie mit eventuell erforderlichen Erweiterungen und Änderungen einverstanden.

Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Ort, Datum

Patient/Erziehungsberechtigter

Zahnarzt