



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

GEPLANTE OPERATION

Über die oben genannte Behandlung sowie eventuell erforderliche Erweiterungsmaßnahmen erfolgte heute in einem Aufklärungsgespräch eine ausführliche Information und Beratung.

Dabei wurden individuelle Risiken und Komplikationen, Nebeneingriffe und Folgemaßnahmen sowie die Risiken, aber auch Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung des Eingriffs, besprochen.

FOLGENDE PROBLEME WURDEN BESONDERS BESPROCHEN:

ALLGEMEIN:

Nachblutung, Entzündung, Schwellung, Wundheilungsstörung, Schädigung des Nachbarzahnes, Re-Op

BEHANDLUNG IM UNTERKIEFER:

Nervschädigung, Taubheitsgefühl in der Unterlippe, Wange und/oder Zunge

BEHANDLUNG IM OBERKIEFER:

Kieferhöhleneröffnung

BEI KINDERN:

Zahnkeimschädigung

nein ja

KIEFERORTHOPÄDISCHE WEITERBEHANDLUNG NÖTIG

Über den geplanten Eingriff sowie evtl. erforderliche Erweiterungen wurde ich in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen, zum Beispiel über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, wie oben aufgezeigt, stellen.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in den geplanten Eingriff ein. Mit unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterungen bin ich ebenfalls einverstanden.

Über die aufgezeigte Schmerzbetäubung wurde ich ausführlich informiert bzw. an die Narkoseabteilung zur entsprechenden Beratung weitergeleitet.

Über Verhaltenshinweise nach dem Eingriff, niedergelegt in der Terminkarte, wurde ich informiert.

IBBENBÜREN, DEN

UNTERSCHRIFT DES AUFKLÄRENDEN ARZTES/ZAHNARZTES

UNTERSCHRIFT PATIENT-/IN/ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/-R BZW. BETREUENDE/-R