



Einverständniserklärung für _____

1. Ich bin über Wesen und Technik der Implantologie informiert worden und verstehe den Vorgang der chirurgischen Vorgehensweise. Es ist mir erklärt worden, dass ein Implantat in den Knochen hinein, unter das Zahnfleisch oder in den Zahn hinein zur Fixierung eingesetzt werden muss.
2. Alle alternativen Therapiemaßnahmen der zahnmedizinischen Rekonstruktion (Brücke / Prothese) sind mir erklärt worden. Mein Zahnarzt hat sorgfältig meinen Mund untersucht. In einer gegenseitigen Diskussion habe ich mich für die implantologische Maßnahme entschieden.
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 Schwellung, Schmerzen, Infektion oder allgemeines Unwohlsein, bin ich informiert. Taubheiten 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. Zusätzliche Infektionen der Wunde, des Gefäßsystems oder des umliegenden Gewebes sind möglich. Ich bin darüber informiert worden, dass Knochenfrakturen, Einbrüche in die Kieferhöhle, verzögerte Heilung oder allergische Reaktionen auf Medikamente oder auch Anästhetika auftreten können.
4. 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. Nach dem Heilungsverlauf richtet sich aber die weitere Behandlung.
5. Bei mir wird ein zweiphasiges Implantat eingesetzt. Bei zweiphasigen Implantaten wird die Einheilphase ca. 3-4 Monate, in Ausnahmefällen auch wesentlich länger, ausmachen. In dieser Zeit bleibt das Implantat unter der Schleimhaut bedeckt oder mit Schleimhaut weitestgehend abgedeckt in Ruhe.
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.
8. Ich bin darüber informiert worden, dass exzessives Rauchen, 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 regelmäßigen Kontrolle einverstanden.
9. Ich habe meinen Zahnarzt über alle zahnmedizinischen und medizinischen Hintergründe aufgeklärt. Mein Zahnarzt hat eine Medikamentenliste erhalten.

10. Ich bin mit Röntgenaufnahmen und Fotografieren während des chirurgischen Eingriffes und bei nachfolgenden Untersuchungen einverstanden.
11. 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.
12. Nachfolgende Untersuchungen oder Auswechseln von Implantatteilen oder Veränderungen der Gesamtkonstruktion müssen von mir ohne Rücksicht auf die Bezuschussung durch Krankenkassen oder Krankenversicherungen ausgeglichen werden.
13. Über mögliche gutachterliche Verfahren bei implantologischen Leistungen bin ich informiert worden. Mein Zahnarzt hat mich dahingehend unterrichtet, dass er alle im Rahmen des normalen Praxisablaufs möglichen Fragen zur gutachterlichen Stellungnahme beantworten wird. Mögliche Kürzungen des Honorars durch die Krankenkasse/Versicherungen werden von mir einseitig ohne Rücksprache mit meinem behandelnden Zahnarzt nicht abgezogen.
14. Planung:

Einwilligung

Ich bin von meinem Zahnarzt bei dem am _____ stattgefundenen Patientengespräch eingehend und umfassend über die bei mir geplanten Behandlungsmaßnahmen informiert worden.

Ich gebe hiermit, nach Abwägung der ebenfalls besprochenen Risiken, meine Einwilligung zur Durchführung des implantologischen Eingriffs.

Ort, Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____

Unterschrift Arzt: _____

Dr. Alexander Schake

Schwerpunkt Implantologie zertifiziert durch BDIZ EDI



Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V.
European Association of Dental Implantologists