

Informations- und Einverständniserklärung für Implantatpatienten

1. Ich wurde über den Zweck und die Art des chirurgischen Implantationsverfahrens unterrichtet. Ich verstehe die notwendigen Maßnahmen um das Implantat in den Knochen einzusetzen.
2. Mein Arzt hat meinen Mund sorgfältig untersucht. Behandlungsalternativen wurden mir erklärt. Ich habe diese Methoden ausprobiert oder in Betracht gezogen, aber ich wünsche ein Implantat, um einen Zahnersatz zu befestigen.
3. Ich wurde weiterhin über die möglichen Risiken und Komplikationen, die im Zusammenhang mit der Operation, Medikamenten und Narkosemitteln auftreten können, aufgeklärt. Zu diesen Komplikationen gehören z.B. Schmerzen, Schwellungen, Infektion und Verfärbung, Taubheit der Lippen, Zunge, Kinn, Wange oder Zähne. Es ist möglich, dass die genaue Dauer nicht zu ermitteln ist. Die Wirkung kann auch irreversibel sein. Möglich sind auch Venenentzündungen, Beschädigung vorhandener Zähne, Knochenfrakturen, Nasennebenhöhlenpenetration, verzögerte Heilung, allergische Reaktionen auf Medikamente usw.
4. Ich verstehe, dass, wenn nichts unternommen wird, eine oder mehrere der folgenden Zustände auftreten können: Knochenerkrankung, Knochenverlust, Entzündung des Zahnfleischgewebes, Infektion, Empfindlichkeit, Lockerung der Zähne und resultierende Notwendigkeit der Zahnextraktion. Auch möglich sind Kiefergelenkprobleme, Kopfschmerzen, zum Nacken und zu den Gesichtsmuskeln ausstrahlende Schmerzen und Muskelermüdung beim Kauen.
5. Mein Arzt hat mir erklärt, dass es keine genaue Methode gibt, die Zahnfleisch- und Knochenheilungsfähigkeiten beim einzelnen Patienten nach einer Implantation vorauszusagen.
6. Mir wurde erklärt, dass Implantate in manchen Fällen nicht einwachsen und wieder entfernt werden müssen. Ich wurde darüber informiert und verstehe, dass die Zahnheilkunde keine exakte Wissenschaft ist. Es können keine Garantien oder Versicherungen gegeben werden, was die Ergebnisse von Behandlungen und Operationen betrifft.
7. Mir ist klar, dass übermäßiges Rauchen, Alkoholgenuss und Zucker die Heilung des Zahnfleisches beeinträchtigen und den Erfolg des Implantats gefährden können. Ich erkläre mich damit einverstanden, die ärztlichen Anweisungen zu befolgen. Ich willige ein, meinen Arzt auf Anweisung zur regelmäßigen Untersuchung aufzusuchen.
8. Ich bin bei der Narkoseart mit der Wahl meines Arztes einverstanden. Ich erkläre, mindestens 24 Stunden (oder länger, bis zum vollständigen Nachlassen der Wirkung der mir verabreichten Narkosemittel oder Medikaments) keine Kraftfahrzeuge oder gefährliche Geräte oder Maschinen zu benutzen bzw. zu bedienen.
9. Ich habe nach bestem Wissen einen genauen Bericht über meine körperliche und geistige Krankengeschichte abgegeben. Ich habe auch alle mir bekannten allergischen und ungewöhnlichen Reaktionen auf Medikamente, Nahrungsmittel, Insektenstiche, Narkosemittel, Blütenstaub, Staub, Blut oder körperliche Krankheiten, Zahnfleisch- oder Hautreaktionen, abnormales Bluten oder andere mit meiner Gesundheit zusammenhängende Bedingungen angegeben.
10. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Fotos, Filmaufnahmen, Aufzeichnungen und Röntgenaufnahmen des Verfahrens gemacht werden, die zur Förderung der Implantat-Zahnheilkunde dienen, vorausgesetzt, meine Identität wird nicht bekanntgegeben.
11. Ich wünsche und autorisiere hiermit ärztliche / zahnärztliche Dienstleistungen, einschließlich Implantate und andere Operationen. Ich bin mir darüber vollständig im Klaren, dass während und nach dem beabsichtigten Verfahren, der Operation oder Behandlung Bedingungen sichtbar werden können, die nach dem Urteil des Arztes zusätzliche oder alternative Behandlungen rechtfertigen, wenn sie dem Erfolg der Gesamtbehandlung dienlich sind. Ich stimme auch Design-, und Behandlungsänderungen zu, wenn gemeint wird, dass diese in meinem besten Interesse sind.

Datum/Unterschrift des Arztes

Datum/ Unterschrift des Patienten

Grund für die Implantatversorgung bei Frau/Herrn:

Behandlungsalternativen: