

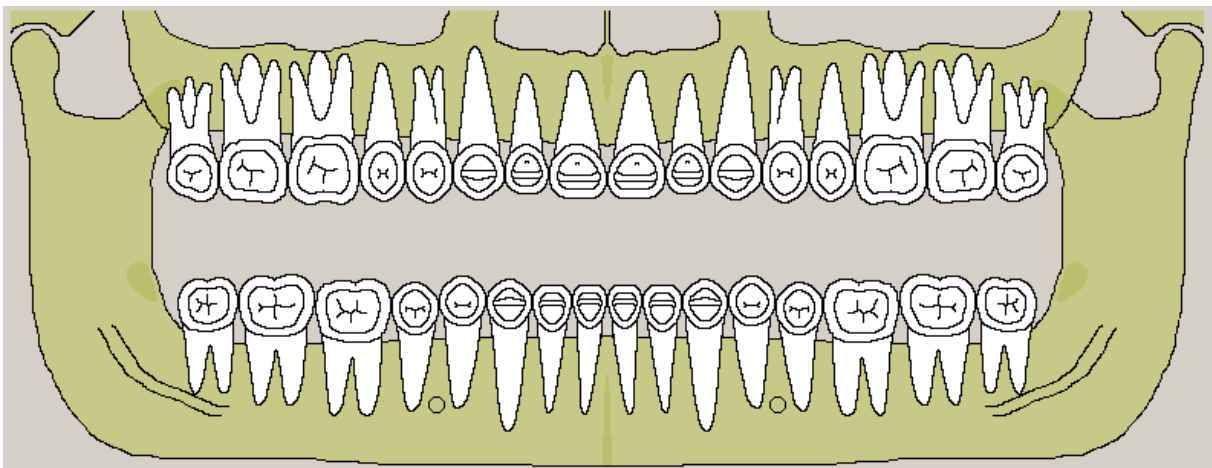
## Einwilligung zu einem zahnärztlichen Eingriff

Patient :

Geburtsdatum :

Krankenkasse :

vorgesehene Behandlung :



Risiken bei Unterlassung der Behandlung :

Behandlungsalternative :

Nach Besprechung bestätige ich hiermit, dass ich über das Ziel und den Ablauf, sowie die Risiken und möglichen Komplikationen informiert wurde.

Ich hatte Gelegenheit mich über wesentliche Beeinträchtigungen zu informieren, die durch Komplikationen bei der Durchführung und bei der <Unterlassung der Behandlung auftreten können.

Andere Behandlungsmöglichkeiten wurden besprochen. Diese sind :

- 
- 

Wenn es bei einem unvorhersehbaren Befund nach ärztlichem Ermessen notwendig erscheint, kann über den vorgeschlagenen Umfang des Eingriffes hinausgegangen werden, wenn eine weiterführende Aufklärung während des Eingriffes nicht möglich ist und der Eingriff ohne Gefährdung meiner Gesundheit auch nicht unterbrochen werden kann :

Die Einwilligung betrifft folgende Zähne / folgendes Gebiet:

- Über seltene, in meinem Fall speziell bestehende Risiken wurde ich aufgeklärt. Diese sind :

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

Reutlingen, den

Patient :

Zahnarzt:

Ich wurde darüber informiert, dass die gesetzliche Krankenkasse Kosten der Behandlung oder der Materialien in der genannten Höhe nicht übernehmen oder bezuschussen wird.

Reutlingen, den

Patient:

Zahnarzt :