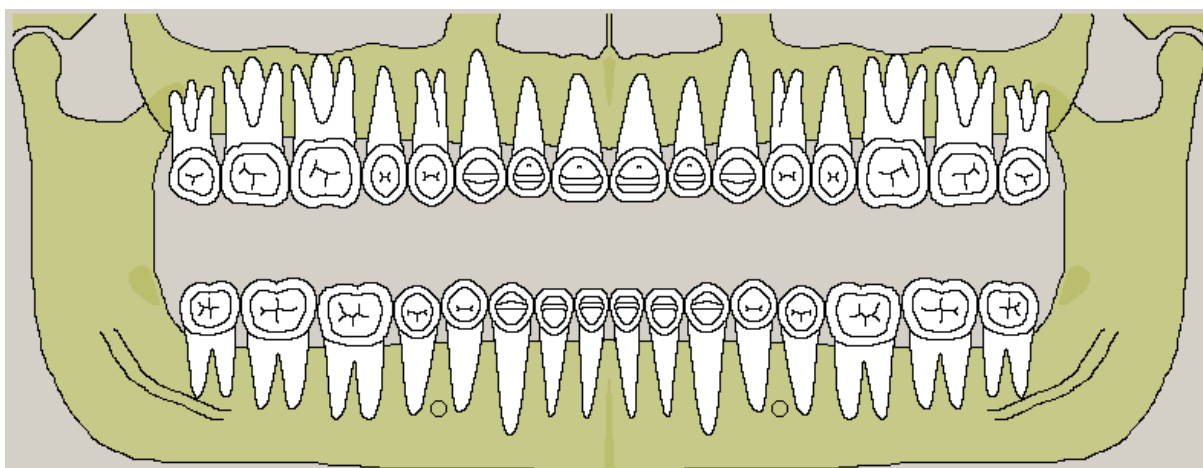


## Einwilligung zu einer Zahnentfernung

Patient :

Geburtsdatum :

Krankenkasse :



Zahn / Zähne :

Entfernungsgrund :

Der Eingriff wird unter örtlicher Betäubung durchgeführt.

Risiken einer örtlichen Betäubung sind die Unverträglichkeit des Anästhetikums, Blutungen im Injektionsbereich und Nervenschädigungen. Durch eine genaue Anamnese lassen sich diese Risiken erheblich verringern.

Dafür ist es notwendig vollständige Informationen über Vorerkrankungen und einzunehmende Medikamente oder Allergien zu bekommen.

- Bei der Zahnentfernung kann es zum Bruch der Wurzel kommen. Gegebenenfalls müssen dann verbliebene Wurzelreste sofort entfernt werden.
- Bei der Entfernung unterer Seitenzähne kann es zu einer Beeinträchtigung oder gar zum Verlust des Gefühls der Lippe oder Zunge, gegebenenfalls auch der Geschmacksempfindung kommen. Dies kann dauerhaft sein, jedoch sehr häufig nur vorübergehend.
- Bei der Entfernung oberer Seitenzähne kann es zur Eröffnung der Kieferhöhle kommen. Dies wird durch einen besonders dichten Verschluss der Kieferhöhle behoben. Dies kann zu einer Entzündung der Nasennebenhöhlen mit Beschwerden kommen.
- Je nach Umfang des Eingriffs kann die Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein. Zur ihrer eigenen Sicherheit sollten Sie am Tag des Eingriffs nicht ohne Begleitperson am Straßenverkehr teilnehmen und selbst kein Fahrzeug führen.
- Wundheilungsstörungen oder Nachblutungen können bei allen chirurgischen Eingriffen auftreten. Selten auftretende Komplikationen werden Ihnen auf Wunsch genannt. Eine Erfolgsgarantie und Risikofreiheit sind bei keinem Heileingriff möglich.
- Über seltene, in meinem Fall speziell bestehende Risiken wurde ich aufgeklärt. Diese sind :

### **Einwilligung des Patienten :**

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 :

- 
- 

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 :

Praxispersonal :

**Erste Zusatzvereinbarung :**

Ich wurde gesondert über die Möglichkeiten, die Risiken und deren Kosten einer kiefererhaltenden Maßnahme zum Beispiel einer Aufnahme eines späteren Implantates aufgeklärt und bin damit einverstanden.

- 
- 

Reutlingen, den

Patient:

Zahnarzt :

Praxispersonal :

**zweite Zusatzvereinbarung :**

Ich wünsche die Zahnentfernung gegen zahnärztlichen Rat aus folgendem Grund :

Dies betrifft die Zähne :

Reutlingen, den

Patient:

Zahnarzt :

Praxispersonal :

**Aufklärungsverzicht :**

Hiermit verzichte ich ausdrücklich auf eine Aufklärung im Sinne des Patientenrechtegesetzes ( § 630e Abs. 3 BGB ) und willige in die Durchführung der geplanten Behandlung ein :

Reutlingen, den

Patient:

Zahnarzt :

Praxispersonal :

