

Einwilligung PA Behandlung

Patientendaten

Praxis/Klinik/Institution

Zahnarztpraxis V. Gerber
Dr.- Vits -Straße 11

63906 Erlenabch am Main

Befund/Diagnose: _____

Behandlungsalternativen

keine sonstige: _____

Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen der geplanten Behandlung

Blutungen, Kreislaufreaktionen, Allergie, Nervverletzung ■ Verletzung der Zahnhartsubstanz und umliegenden Gewebe ■ postoperativer Wundschmerz, Schwellung, Entzündungen mit Eiteransammlungen ■ Fortbestehen der Entzündungen mit ggf. weiterem Zahnverlust, Zahnfleischrückgang, empfindliche Zahnhälse, erhöhtes Risiko der Wurzeloberflächenkaries, Instrumentenfraktur, Fieber, Wundinfektion, Hämatom

Verlauf, Verhalten des Patienten vor, während und nach der Behandlung, Nachsorge

nicht rauchen, Medikamente? ■ keine Teilnahme am Straßenverkehr, kein Alkohol, Kaffee ■ Fäden/Verbandplatte entfernen ■ regelmäßige Mundhygiene und zahnärztliche Kontrollen mit professionellen Reinigungen ■ bei chirurgischer Behandlung für _____ Wochen das OP-Gebiet nicht reinigen

Unterlassung der Behandlung/möglicher Alternativen – mögliche nachteilige Folgen

weiterer Zahnverlust, Mundgeruch, Zahnfleischbluten, Beschwerden ■ Knochenabbau verschlechtert Ausgangssituation für spätere Implantation ■ Auswirkungen auf den Gesamtorganismus

Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt hat alle Punkte ausführlich mit mir besprochen. Ich habe alles verstanden und keine Fragen mehr. Ich habe meine Entscheidung gründlich bedacht und brauche keine weitere Überlegungsfrist.

Aufklärung über Parodontitistherapie ist erfolgt.

Patienteneinwilligung

Ich willige in die vorgeschlagene(n) Behandlung(en) ein. Dies gilt auch für eine eventuelle Betäubung, über die ich gesondert aufgeklärt wurde, sowie für notwendige Änderungen/Erweiterungen/Neben-/Folgeeingriffe. Ich kann die Einwilligung bis zum Behandlungsbeginn widerrufen.

Ich willige in die vorgeschlagene(n) Maßnahme(n)/Behandlung(en) nicht ein und bestätige hiermit, dass ich über die möglichen Folgen des Unterlassens der Maßnahme aufgeklärt wurde.

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Unterschrift Assistenz

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient/gesetzlicher
Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter*