

Krankenkasse bzw. Kostenträger:		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Patient(in)

Muster  
Änderungen vorbehalten  
© perimed

## Aufklärungs-, Anamnese- und Einwilligungsbogen

# Zahnimplantation Implantation künstlicher Zahnwurzeln mit anschließendem Zahnaufbau

Bitte vor dem Arztgespräch sorgfältig lesen, Fragen notieren

Fall-Nr.:	Patienten-Nr. (ID)	Behandlungsdatum
Zu benachrichtigende(r) Angehörige(r):		
Beziehung zum Patienten /Verwandtschaftsgrad:		
Entscheider Tel.-(Handy-)Nr.		Entscheider E-Mail-Adresse

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Zahnlücke durch eine operative Einpflanzung von künstlichen Zahnwurzeln mit anschließendem Zahnaufbau geschlossen werden. Dieser Patientenaufklärungsbogen dient der Grundinformation über den vorgeschlagenen Eingriff, über den Ihre Ärztin/Ihr Arzt vorher mit Ihnen noch sprechen wird, und der Aufklärungsdokumentation. Typische Risiken und Folgen sowie mögliche Alternativen müssen Sie kennen, damit Sie sich entscheiden und wirksam in den Eingriff einwilligen können. Notieren Sie am besten zur Vorbereitung Ihres Arztgesprächs alle Fragen, die nach dem Lesen dieses Bogens bleiben und über die Sie vor einer Entscheidung noch mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt sprechen wollen, auf der vorletzten Seite.

### Basisinformationen

Die Implantation künstlicher Zahnwurzeln mit anschließendem Zahnaufbau stellt heute eine der besten Methoden für die Versorgung von Lücken und den Ersatz eigener Zähne dar. Die Vorteile gegenüber Brücken oder Prothesen liegen darin, dass die künstlichen Zahnwurzeln eine feste Verbindung mit dem Knochen des Unter- oder Oberkiefers eingehen und damit eine stabile Basis für den Zahnersatz bilden. Ein Knochenschwund wird dort, wo sich keine Zahnwurzel mehr im Knochen befindet, durch die künstliche Wurzel vermindert. Außerdem werden benachbarte Zähne nicht in Mitleidenschaft gezogen und müssen nicht - wie bei Brücken - beschliffen werden. Implantate erfüllen auch mehr als andere Verfahren Ansprüche an Ästhetik, Komfort und Lebensqualität. Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt schlägt eine Zahnimplantation bei Ihnen vor,

- weil ein einzelner Zahn ersetzt werden soll und die Nachbarzähne nicht beschliffen werden müssen,
- weil der implantierte Zahn als Befestigungsstütze für eine Brückenversorgung dienen soll,
- weil der implantierte Zahnersatz den End-Brückenpfeiler für einen oder mehrere Zähne darstellen soll,
- Anderer Grund:

### Wie wird eine Implantation durchgeführt?

Die Zahnimplantation wird in den meisten Fällen in **lokal/ regionaler Betäubung** durchgeführt, seltener – insbesondere

Abb. 3: Darstellung eines Knochenaufbaus im Oberkiefer während der Einheilungsphase der Zahnwurzeln

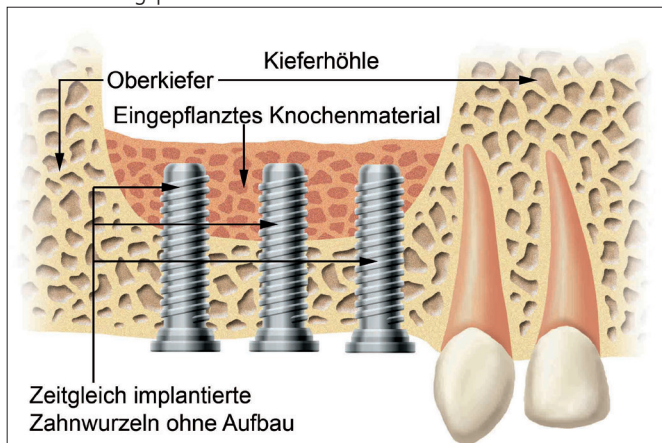
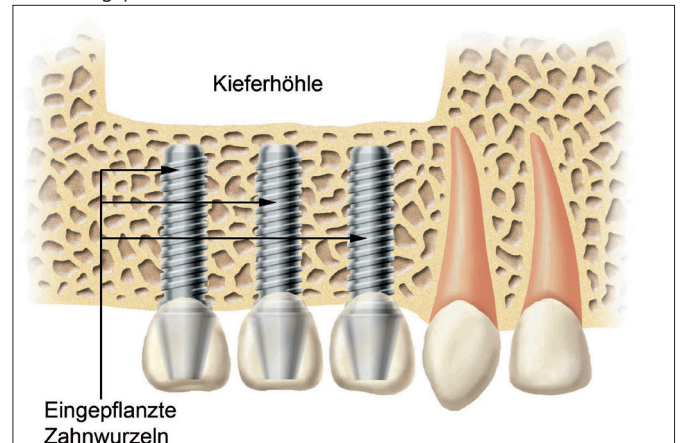


Abb. 4: Darstellung eines Knochenaufbaus im Oberkiefer nach der Einheilungsphase der Zahnwurzeln



bei Angstpatienten – in **Dämmer Schlaf** und in Ausnahmefällen in **Vollnarkose**. Über diese werden Sie ggf. noch von einer Narkoseärztin/einem Narkosearzt aufgeklärt.

Vor der Implantation wird eine **Röntgenaufnahme**, in bestimmten Fällen ein **Computertomogramm** des Kiefers angefertigt, um eine Übersicht über die Verhältnisse und die Knochenstrukturen zu bekommen. Außerdem wird ein Modell hergestellt.

Wenn bei den Voruntersuchungen festgestellt wird, dass das vorhandene Knochengewebe für eine Zahnimplantation nicht ausreicht, kann körpereigenes **Knochenmaterial**, meist aus dem Kieferbereich, Fremdknochen oder künstliches Material **eingepflanzt** werden. Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt wird mit Ihnen die individuell notwendigen Maßnahmen besprechen.

Vor der Implantation wird mit einer feinen Nadel Betäubungsmittel an der Implantationsstelle und/oder nahe dem Nerven eingespritzt, der das betroffene Gebiet versorgt (Leitungsanästhesie).

Dann wird die Schleimhaut eingeschnitten und an der Implantationsstelle ein Loch gebohrt, in das die künstliche Wurzel eingeschraubt wird.

Nach dieser ersten „Sitzung“ muss die **Wurzel einheilen**. Dies dauert normalerweise einige Wochen. Während dieser Zeit darf das Implantat nicht belastet werden. Sie erhalten ggf. ein **Provisorium**.

Bei den dann folgenden „Sitzungen“ wird der **Zahnaufbau** durchgeführt und es werden die Teile angebracht, die für die Befestigung der Zahnkrone notwendig sind.

Manchmal muss dann zunächst wieder Schleimhaut an der künstlichen Wurzel entfernt werden, was in lokal/regionaler Betäubung geschieht.

gesunde Zahnschubstanz abgetragen werden muss und das Risiko besteht, dass Pfeilerzähne nach dem Schleifen absterben. Außerdem ist die Gefahr einer Kariesentwicklung gegeben. Insgesamt ist die Prognose eines überkronten Zahnes schlechter. Auch wird der Knochenabbau im ersetzten Zahnbereich nicht verhindert. Eine Brücke kann nicht erweitert werden. Der Aufwand zur Herstellung einer Brücke ist geringer als der bei einem Implantat und die gesetzlichen Krankenkassen gewähren einen Festzuschuss. Ein guter funktioneller und ästhetischer Erfolg ist möglich.

Als Alternative zu Implantaten kommt auch ein **herausnehmbarer Zahnersatz** in Betracht. Es gibt die Möglichkeit einer Versorgung der Zahnlucke mit einer **Klammerteilprothese** oder **Vollprothese** aus Kunststoff oder aufwändigeren Teilprothesen mit Verbindungselementen wie **teleskopierende Kronen** oder so genannten **Geschiebe-Teleskop-Prothesen**.

Zu den Nachteilen von einfachen Prothesen zählen insbesondere verminderte Kaufähigkeit, oft ungenügender Prothesenhalt, unbefriedigende ästhetische Verhältnisse, Schädigung von Pfeilerzähnen, Abbau von Kieferknochen (Atrophie). Daher sind Klammerprothesen aus medizinischer Sicht meist nicht mehr als eine Kompromisslösung aus Kostengründen.

Zu den hochwertigeren herausnehmbaren Zahnersatz zählen die **Kronen-Geschiebe-Prothese** und die **Teleskopprothese**. Auch bei einer Kronen-Geschiebe-Prothese muss gesunde Zahnschubstanz abgetragen werden. Das Risiko des Absterbens von Zähnen nach dem Abschleifen ist ebenfalls vorhanden. Die Zahnpflege ist schlechter und eine Überlastung der Pfeilerzähne ist möglich. Eine solche Prothese ist technisch aufwändig und der Zuschuss der Krankenkassen ist meist relativ niedrig.

**Teleskopprothesen** sind insbesondere geeignet für ältere Menschen, jedoch relativ aufwändig.

Vor der Versorgung mit einer Prothese benötigen Sie in jedem Fall einen Heil- und Kostenplan (HKP), mit dem Sie bei Ihrer Kasse einen Zuschuss beantragen können.

Die genannten Alternativen sind nicht immer und bei jeder Patientin/bei jedem Patienten möglich. Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt wird Ihnen auf Anfrage gern erklären, warum sie/er Ihnen eine Versorgung mit einem Zahnimplantat empfiehlt.

**Gibt es Alternativen?**

Alternativ zu Implantaten gibt es die klassischen Versorgungsformen, bei denen zahntechnisch gefertigte Ersatzzähne an den verbliebenen Zähnen verankert werden.

Es gibt  **feste und herausnehmbare Alternativen**. Bei kleinen Zahnlucken und festen, gesunden Pfeilerzähnen (die der Lucke benachbarten Zähne) sind fast immer **Brücken** möglich. Dazu müssen allerdings die Pfeilerzähne geschliffen werden, wodurch

Abb.1: Zahnschema (zum Einzeichnen der Implantatposition)

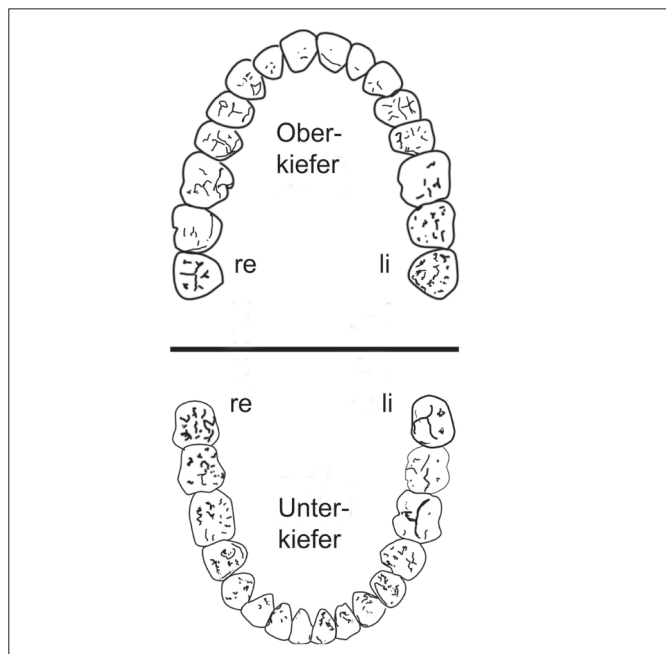
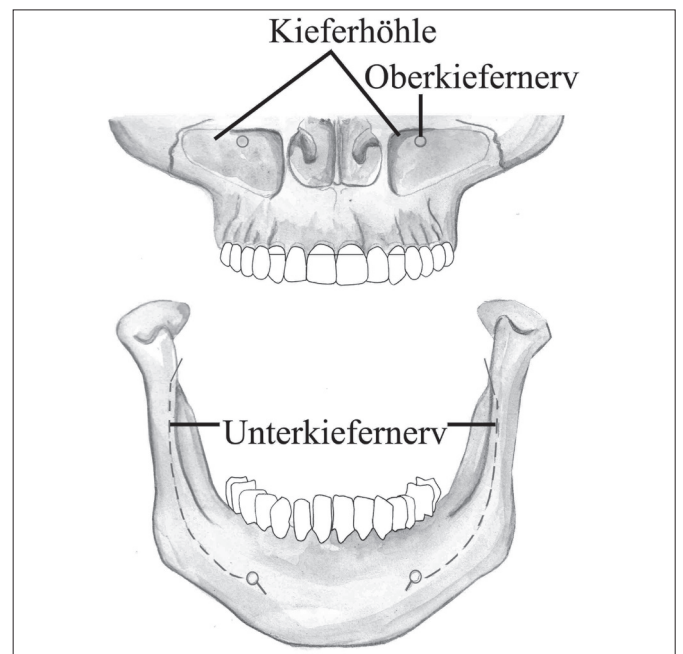


Abb. 2: Darstellung des Knochengewebes mit den wesentlichen Nervenbahnen



## Grundsätzliches zu Risiken und Komplikationen

Die allermeisten Operationen verlaufen ohne jede Komplikation. Sie können sicher sein, dass Ihre Ärztin/Ihr Arzt ihr/sein ganzes Können, Wissen und ihre/seine Erfahrung einsetzen wird, um jede denkbare Gefährdung von Ihnen fernzuhalten.

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird jedoch auch durch die individuelle körperliche Verfassung und Vorerkrankungen beeinflusst. Trotz größter Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit kann es daher bei jedem Eingriff zu Komplikationen kommen, die **Nachbehandlungen**, ggf. auch **Nachoperationen** bzw. eine **Ausweitung der Operation** erfordern, welche in der Folge bei Verkettung unglücklicher Umstände **extrem selten auch lebensbedrohlich** sein können. In solchen Fällen kann es erforderlich sein, Sie zur weiteren Behandlung an eine Spezialabteilung zu transferieren.

## Allgemeine Risiken einer Zahnimplantation

Wenn auch die Einpflanzung von künstlichen Zahnwurzeln heute routinemäßig vorgenommen wird, kann es doch zu Komplikationen kommen, die Sie für Ihre Entscheidung kennen müssen.

- **Blutergüsse, Entzündungen, Wundheilungsstörungen** mit Eiteransammlungen können an der Einpflanzungsstelle auftreten. Manchmal muss dann die Wunde wieder operativ geöffnet werden.

Manchmal muss auch eine Blutung operativ gestillt werden. Entzündungen können u. U. dazu führen, dass sich ein Implantat lockert und wieder herausgenommen werden muss.

Durch die Gabe von Antibiotika und Spülungen können Implantate jedoch oft erhalten werden. Wenn eine Entfernung notwendig ist, muss die Wunde erst wieder ausheilen, bevor ein neues Implantat eingesetzt werden kann.

- **Überempfindlichkeitsreaktionen** (Allergie) auf Beraubungsmittel, Desinfektionsmittel, Farbstoffe, Medikamente, Kontrastmittel, Latex, Pflaster oder Nahtmaterial können sich mit **Hautrötungen, Juckreiz, Schwellungen, Brechreiz** oder kurzzeitigen **Krampfanfällen** äußern. Selten sind **schwere allergische Reaktionen** mit Verschlechterung der Atmung (**Bronchokonstriktion**) bis hin zum **Atemstillstand** und lebensbedrohlichen Herz-/Kreislaufstörungen (**anaphylaktischer Schock**), die zu **dauerhaften Organschäden** führen können (z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Nierenversagen). In solchen Fällen ist eine sofortige intensivmedizinische Behandlung notwendig.
- **Thrombosen und Embolien:** In den größeren Venen entstehende Blutgerinnsel (Thromben) können verschleppt werden und ein Blutgefäß verschließen (Embolie). In der Lunge führt das zu einer (manchmal lebensbedrohlichen) **Lungenembolie**, in den Armen oder Beinen zu **Durchblutungsstörungen**, im Gehirn zur Hirnembolie („**Schlaganfall**“), ggf. mit Seh-, Hör- und Sprechstörungen sowie Lähmungen, im Extremfall zu einer **Halbseitenlähmung**. Hautbezirke oder Darmanteile können ebenso absterben wie Muskelbezirke oder ganze Organe, was zum **Organverlust** führt. Äußerst selten kann es zu einem **Herzinfarkt** kommen. In solchen Fällen kann eine **intensivmedizinische Behandlung** notwendig werden, eine medikamentöse Auflösung des Gerinnsels (**Lysetherapie**) oder eine **operative Entfernung**.
- **Thromboseprophylaxe:** In vielen Fällen kann die Thrombosebereitschaft durch Spritzen eines gerinnungshemmenden Mittels (Heparin) gemindert werden. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird mit Ihnen besprechen, ob und wie lange diese Maßnahme vor dem Eingriff durchgeführt werden sollte, wobei in Kauf genommen werden

muss, dass dadurch eine sehr seltene, schwerwiegende Störung der Blutgerinnung mit vermehrter Gerinnselbildung und Gefäßverschluss entsteht (HIT II).

- **Wundinfektionen:** Bei jeder Operation können während oder nach dem Eingriff Keime in die Wunde eindringen und eine Entzündungsreaktion auslösen. Wundheilungsstörungen bis hin zur **Wundeiterung** oder **Abszessbildung** können die Folge sein. Auch zurückbleibende Fadenreste oder Klammern können **Eiterungen** oder nässende **Fisteln** verursachen, die ggf. operativ angegangen werden müssen. Sehr selten werden Keime in die Blutbahn verschleppt und verursachen eine lebensbedrohliche **Blutvergiftung**. Diese kann **Organschäden**, so z. B. eine Herzzinnenwandentzündung (Endokarditis) oder Entzündungen mit **Abszessbildungen** weit vom Operationsgebiet entfernt in anderen Körperregionen verursachen. In solchen Fällen ist eine intensivmedizinische Behandlung notwendig.

- **Leichte Blutungen** sind normal und können meist mit Tamponaden gestillt werden.

- **Stärkere Blutungen** aus größeren Gefäßen mit großem **Blutverlust** sind sehr selten. Sie können in der Regel sicher gestillt werden, in Ausnahmefällen aber eine Operation zur Blutstillung oder eine Blutübertragung (Fremdbluttransfusion) oder Übertragung von Fremdblutbestandteilen erforderlich machen.

Trotz sorgfältigster Untersuchung von Blutkonserven kann es durch **Bluttransfusionen** sehr selten zu **Infektionen**, z.B. mit Hepatitisviren (**Leberentzündung**) kommen und extrem selten mit dem HI-Virus (**Spätfolge AIDS**) und/oder anderen gefährlichen Erregern wie **vCJK** (besondere Art der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung). Dies gilt auch für die Anwendung von Fibrinklebern.

## Eingriffsspezifische Risiken

- **Die Beschädigung von Wurzeln** benachbarter Zähne kann nicht ausgeschlossen werden, wenn diese sehr nahe an das Implantat heranreichen. Dann kann eine **Wurzelbehandlung** notwendig werden.
- **Eröffnung einer Kiefer- oder Nasennebenhöhle:** Selten kommt es bei Einpflanzungen in den Oberkiefer – auch durch Einbringung von Verstärkungsmaterial – zur Eröffnung einer Kiefer- oder Nasennebenhöhle, die sich dadurch entzünden können.
- **Entfernung des Implantates:** Wenn **Entzündungen** trotz antibiotischer Behandlung nicht zu beherrschen sind, kann die Entfernung des Implantates, eventuell auch ein operativer Eingriff an den Nebenhöhlen, notwendig werden.
- **Kieferhöhlenentzündungen:** Das Verstärkungsmaterial kann auch bei Einbringung in die Nähe oder in eine Kieferhöhle von sich aus zu Kieferhöhlenentzündungen führen. In diesem Fall müssen Material und künstliche Zahnwurzel entfernt werden. Eine antibiotische Behandlung wird sich in aller Regel anschließen.
- **Nervenverletzungen** sind nicht immer zu vermeiden. Sie führen zu **schmerzhaften Missempfindungen** und **Gefühlsstörungen** in Zahnfleisch, Oberkiefer, Gaumen, Oberlippe oder innerer Wange auf der operierten Seite. Diese verschwinden normalerweise nach wenigen Wochen bis Monaten wieder.
- **Schädigung des Unterkiefernervs:** Bei der Einpflanzung künstlicher Zahnwurzeln in den Unterkiefer kommt es manchmal zu einer mechanischen Schädigung des Unterkiefernervs. Die Folge sind **Gefühlsstörungen am Unterkiefer und/oder der Unterlippe**.



**Fragen an Ihre Ärztin/Ihren Arzt:**

Bitte notieren Sie hier alle Fragen, die Ihnen nach dem Lesen dieses Bogens noch geblieben sind, und die Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt besprechen wollen.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn vorhanden bitte **Allergie-, Röntgen- und Narkosepass** sowie **Antikoagulantien-, Diabetiker- und Herzschrittmacherausweis** mitbringen!

Die ggf. von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt im Folgenden angekreuzten Blutwerte bitte durch Ihren Hausarzt ermitteln lassen und zur Untersuchung/Behandlung mitbringen:

Creatininwert     Quickwert (Prothrombinzeit)

APTT (Aktivierte Partielle Thrombinzeit)     T3     T4     TSH

Andere:

**Allgemeine Informationen**      N = Nein \* J = Ja

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre – Größe: \_\_\_\_\_ cm – Gewicht: \_\_\_\_\_ Kg    männl.  weibl.

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

**Frauen:** Könnte eine Schwangerschaft vorliegen?    N  J

Liegt der Eingriffs-Termin im Zeitraum der Regelblutung?    N  J

Tragen Sie ein **Hörgerät**?    N  J

Sind Sie **Raucher(in)**?    N  J

Wenn ja, was und wieviel täglich? \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig **Alkohol**?    N  J

Wenn ja, was und wieviel täglich? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?    N  J

Name: \_\_\_\_\_ Dosis: x.tgl.

Name: \_\_\_\_\_ Dosis: x.tgl.

Name: \_\_\_\_\_ Dosis: x.tgl.

**Sind Vorerkrankungen bekannt/vorhanden?**    N  J

**Allergien?**    N  J

gegen **Nahrungsmittel/Medikamente**?    N  J

gegen **Metall** (z.B. Nickel)/Pflaster/Gummi/Latex?    N  J

gegen **Betäubungsmittel, Narkosemittel**?    N  J

gegen **Jod/Röntgenkontrastmittel/Antibiotika**?    N  J

Andere: \_\_\_\_\_

Leiden Sie an **Asthma / Heuschnupfen**?    N  J

**Augenerkrankungen/-verletzungen?**    N  J

Haben Sie ein **Glaukom** (Grüner Star)?    N  J

Eine andere Augenerkrankung?    N  J

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Bindegewebserkrankungen?**    N  J

Sklerodermie?    N  J

**Rheuma**?    N  J

Andere: \_\_\_\_\_

**Herz-/Kreislauf-Erkrankungen?**    N  J

Haben Sie **Atemnot bei Anstrengungen**?    N  J

eine **Herzschwäche** (Herzinsuffizienz)?    N  J

eine **Angina pectoris** (Brustschmerzen), Herzinfarkt?    N  J

**Herzrhythmusstörungen**?    N  J

einen erhöhten/erniedrigten Blutdruck?    N  J

Andere (z.B. Herzfehler): \_\_\_\_\_

Tragen Sie Schrittmacher/Defibrillator/künstl. Herzklappe?    N  J

**Gerinnungsstörungen?**    N  J

Entstehen leicht blaue Flecken/Nasenbluten?    N  J

Nehmen Sie **Gerinnungshemmer** (z.B. Aspirin®, Marcumar®, Plavix®, Pradaxa®, Xarelto®, Brilique®, Eflente®)?    N  J

Andere: \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten?**    N  J

**Leberentzündung** (Hepatitis)?    N  J

**Tuberkulose** (Tbc)?    N  J

Sind Sie **HIV-positiv** (AIDS)?    N  J

Andere: \_\_\_\_\_

**Stoffwechselerkrankungen?**    N  J

Schilddrüsenerkrankung?    N  J

Zuckerkrankheit (**Diabetes**)?    N  J

Eine **Nierenerkrankung**?    N  J

Andere: \_\_\_\_\_

**Wurden Sie schon einmal operiert?**    N  J

Kam es zu verstärkten Blutungen?    N  J

zu Abszessen/Eiterungen/Fisteln?    N  J

zu verzögerter Heilung/verstärkter Narbenbildung?    N  J

zu Thrombosen/Embolien?    N  J

Sonstige Komplikationen: \_\_\_\_\_

**Sind andere Erkrankungen vorhanden?**    N  J

Bitte notieren Sie hier, welche sonstigen wesentlichen, auch chronischen Erkrankungen Sie schon hatten oder haben, z.B. Anfallsleiden, psychische Erkrankungen, Tumorerkrankungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MUSTER  
Änderungen vorbehalten

**Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch**

(Hier notiert Ihre Ärztin/Ihr Arzt die individuellen, im Gespräch mitgeteilten Aufklärungsinhalte. Hier wird auch ein eventueller Verzicht auf die Aufklärung notiert)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ärztliche Dokumentation** N=Nein, J=Ja

Ist eine **Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht** und/oder eine **Betreuungsverfügung** vorhanden? N  J

Die Patientin/der Patient **ist in der Lage, eine selbständige Entscheidung** über den vorgeschlagenen Eingriff **zu treffen** und ihre/seine Einwilligung zu geben. N  J

Die Patientin/der Patient wird **von den Eltern/Betreuer(in)/Vormund/Bevollmächtigten vertreten**, die/der eine Entscheidung im Patientensinn treffen kann/darf (bitte in Druckschrift)

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Die Patientin/der Patient - die Eltern/der Betreuer/der Vormund **lehnt/lehnen den vorgeschlagenen Eingriff** ab. Über die Nachteile und möglichen Folgen wurde ausführlich aufgeklärt:

Der Patientin/dem Patienten wurde mitgeteilt, dass sie/er für \_\_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_\_ Tage **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf!**

Der **Heimtransport** erfolgt mit Krankwag  ÖPNV  Taxi  PKW  zu Fuß

Die Patientin/der Patient wird ggf. begleitet/geführt/betreut von \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Die Patientin/der Patient hat keine Begleitung/Betreuung

Steht im Notfall ein Auto mit Fahrer/Taxi zur Verfügung? N  J

In welcher Zeit ist eine Klinik/der Notarzt/Hausarzt erreichbar? \_\_\_\_\_ min.

Hausärztin/Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel.(Handy)-Vorw-Nr. \_\_\_\_\_

Ort, Datum (tt.mm.jj), Uhrzeit (hh.mm) \_\_\_\_\_

Unterschrift der Ärztin/des Arztes / der/des Bevollmächtigten / ggf. von Zeugen \_\_\_\_\_

**Patient(in)**

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

**Geplante Maßnahmen** ambulant  (kurz-)  stationär

Zahnimplantation

OK rechts  OK links

UK rechts  UK links

Weitere Maßnahmen: \_\_\_\_\_

**Geplantes Anästhesieverfahren**

Örtliche Betäubung  Regionale Betäubung

Analgosedierung  Kurznarkose

Allgemeinanästhesie

Andere:  \_\_\_\_\_

**Einwilligung**  **Ablehnung**

Nach dem vollständigen Lesen und Ausfüllen dieses Patienten-aufklärungsbogens und nach dem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt Frau/Herrn (bitte in Druckbuchstaben)

**fühle ich mich voll informiert und aufgeklärt!** Meine Fragen, insbesondere über die Art und den Ablauf des Eingriffs, über seine Vor- und Nachteile, Alternativen wurden beantwortet. Individuelle Risiken sowie mögliche Komplikationen wurden verständlich dargestellt. Die Fragen zu den Vorerkrankungen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.

**Ich willige** nach angemessener Bedenkzeit und reiflicher Überlegung in den vorgesehenen Eingriff **ein** sowie in Änderungen und Erweiterungen, wenn diese ärztlich notwendig oder geraten sind. Mit Neben- und **Folgeeingriffen und -behandlungen** (z.B. Intensivmedizin) und mit der **Transfusion von Fremdblut** bin ich - wenn notwendig - einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass **Befunde angefordert**, an nachbehandelnde Stellen **weitergegeben** und dass die Patientendaten im gesetzlichen Rahmen **elektronisch gespeichert** und für Auswertungen herangezogen werden.

**Ich werde** die mitgeteilten **Verhaltenshinweise** und insbesondere die Einschränkungen zur Verkehrstauglichkeit **beachten**.

Eine **Kopie/einen Durchschlag** dieses Aufklärungs-, Anamnese- und Einwilligungsbogens habe ich **erhalten**.

Meine Ärztin/mein Arzt hat mich intensiv und unmissverständlich über die (möglichen) Folgen einer Verweigerung aufgeklärt. **Ich lehne den Eingriff trotzdem ab!**

Ort, Datum (tt.mm.jj), Uhrzeit (hh.mm) \_\_\_\_\_

Unterschrift der Patientin/des Patienten / der/des Bevollmächtigten \_\_\_\_\_

MkOp030De\_13-14-12\_06-IM\_4250112707106