

Emmendingen,

Einwilligung zur Implantation einer künstlichen Zahnwurzel

(Name, Anschrift Patient*in)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei mir die Implantation einer künstlichen Zahnwurzel (Implantat) vorgenommen wird. Über den damit verbundenen operativen Eingriff wurde ich aufgeklärt.

Insbesondere sind mir folgende Punkte erläutert worden:

Die Implantation ist eine Operation, bei der es, wie bei jedem operativen Eingriff, trotz aller Sorgfalt bei der Durchführung zu Komplikationen kommen kann, z.B. Wundheilungsstörung, Wundinfektion, Blutung, Bluterguss.

Der Eingriff wird in örtlicher Betäubung durchgeführt.

Hierbei kann es zu Unverträglichkeitsreaktionen gegenüber dem Anästhetikum, Blutungen im Injektionsbereich und zu Schädigungen von Nerven im Injektionsbereich kommen.

Vorerkrankungen und Allgemeinleiden können sich ungünstig auf die Einheilung eines Implantats auswirken. Mir ist bekannt, dass ich daher vor dem Eingriff jegliche Erkrankungen und damit im Zusammenhang stehende Medikamente mitteilen muss.

In der Regel heilen Implantate sehr gut im Knochen ein. Ein Erfolg kann jedoch nicht garantiert werden, ebenso wenig eine bestimmte Verweildauer des Implantates.

Bei einer Implantation im Unterkiefer kann aufgrund der anatomischen Verhältnisse eine Verletzung des Kiefer- oder Zungennervs nicht sicher ausgeschlossen werden. In diesem Fall kann es zu einer vorübergehenden, ganz selten auch dauerhaften Beeinträchtigung oder dem Verlust des Gefühls in der Lippe oder der Zunge, ggf. auch der Geschmacksempfindung kommen.

Bei einer Implantation im Oberkiefer kann es zu einer Eröffnung der Kieferhöhle kommen.

In diesem Fall werden mit einem besonders dichten, gegebenenfalls plastischen Wundverschluss Komplikationen in der Regel verhindert. Die Ausbildung eines Hämatoms in der Wundhöhle und evtl. eine Entzündung der Kieferhöhle können jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden.

Bei bestimmten Verfahren muss die Kieferhöhle in den Eingriff einbezogen werden.

Über das operative Vorgehen sowie über damit zusammenhängende mögliche Komplikationen (Infektionen, Schwellung, Kieferhöhlenentzündung) wurde ich aufgeklärt.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass Implantate eine sehr gute Zahnpflege erfordern.

Nach einer Implantation sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen erforderlich.
Ich wurde darauf hingewiesen, dass im ersten Jahr nach der Versorgung des Implantats eine vierteljährliche Kontrolle, später dann eine regelmäßige halbjährliche Kontrolle in Verbindung mit einer professionellen Zahnreinigung (Prophylaxe) notwendig ist, um einem Verlust durch Entzündung oder Lockerung des Aufbaus vorzubeugen.

Ich bestätige, dass ich die Aufklärung über den bei mir vorgesehenen Eingriff einschließlich der Komplikationsmöglichkeiten und der daraus folgenden wesentlichen Beeinträchtigungen verstanden habe. Über Besonderheiten der bei mir vorgesehenen Implantationen wurde ich informiert. Alternative Behandlungsmöglichkeiten - auch ohne Implantate - wurden besprochen.

Mir ist bekannt, dass die gesetzlichen Kostenträger implantologische Maßnahmen nicht oder nur in beschränktem Umfang bezuschussen und dass auch private Versicherer teilweise Erstattungseinschränkungen bei implantologischen Maßnahmen vornehmen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass nach dem Eingriff die Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein kann. Eine Begleitperson wurde mir daher empfohlen.

Ich bestätige hiermit, dass ich über das Ziel und den Hergang des vorgesehenen ärztlichen Eingriffes informiert bin. Ich hatte Gelegenheit mich über Beeinträchtigungen zu informieren, die durch Komplikationen bei der Durchführung bzw. die bei Unterbleiben der Behandlung auftreten können. Wenn es im Falle eines unvorhergesehenen Befundes nach ärztlichem Ermessen notwendig erscheint, kann über den vorgeschlagenen Umfang des Eingriffes hinausgegangen werden, auch wenn eine weiterführende Aufklärung während des Eingriffes nicht möglich ist und der Eingriff nicht unterbrechbar oder verschiebbar ist.

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

Ort, Datum Unterschrift Patient*In

Ort, Datum Unterschrift Dr. Jan Bogler