

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG / Name des Patienten: IMPLANTATBEHANDLUNG/

Herr/Frau Dr. Bernhard Junk hat heute mit mir anhand der Ergebnisse der Untersuchung ein Aufklärungsgespräch geführt. Es wurden nachfolgend genannte schriftliche Befunde und Unterlagen sowie die Röntgenbilder etc. zugrunde gelegt:

Nach einer eingehenden Erläuterung meiner Befunde im Zahn-, Mund- und Kieferbereich wurde mir die geplante Behandlung nach Umfang, Hergang, die allgemeinen und besonderen Risiken, der damit angestrebte Zweck sowie mögliche Nebenfolgen bzw. Komplikationen auch in Bezug auf den von mir ausgeübten Beruf in für mich verständlicher Form geschildert.

1. IMPLANTATTYP und IMPLANTATIONSORT:

2. ZAHNERSATZ:

3. RISIKEN/NEBENWIRKUNGEN der geplanten Behandlung:

Die damit verbundenen körperlichen und sonstigen Beeinträchtigungen sowie der zeitliche Aufwand für die Implantateinheilung sowie der Versorgung mit Zahnersatz wurde mit mir besprochen.

Mir ist bekannt, dass eine Garantie vom Arzt und seinen Mitarbeitern, für den Eintritt des gewünschten Erfolgs, der Behandlung nicht übernommen werden kann.

BEHANDLUNGSMETHODEN:

1. Art

2. Risiken/Nebenwirkungen

3. geschätzte Kosten

Unter Abwägung der Behandlungsalternativen habe ich mich für den vorgesehenen Eingriff entschieden.

Ich erkläre mich darüber hinaus mit notwendigen Abänderungen oder Erweiterungen des Eingriffs, die trotz sorgfältiger präoperativer Diagnostik in seltenen Fällen nicht vorhersehbar sind, einverstanden.

Die abzehbaren Gesamtkosten des Eingriffs in Höhe von

wurden mir mitgeteilt. Die Implantologie und die damit in Zusammenhang stehenden Leistungen gehören nicht zum Leistungskatalog der kassenzahnärztlichen Versorgung. Deswegen werden alle in diesem Zusammenhang anfallenden Leistungen (Untersuchung, Wundkontrolle, etc.) nach der jeweiligen Gebührenordnung (GOZ/GOA) berechnet und von mir selbst bezahlt.

Ich bestätige, dass ich ausreichend Zeit hatte, alle mich interessierenden Fragen zu stellen sowie meine Entscheidung über die Zustimmung zu dem Eingriff zu treffen. Diesem Eingriff stimme ich hiermit zu.

Ich bin damit einverstanden, dass ich zur Implantatkontrolle in regelmäßigen Abständen benachrichtigt

werde und erkläre meine Bereitschaft, diese Termine wahrzunehmen. Mir ist bekannt, dass eine regelmäßige Reinigung der Implantate und eine professionelle Implantatkontrolle für den Erhalt der Implantate von erheblicher Bedeutung sind.

ERGÄNZUNGEN:

Ort, Datum

aufklärender Arzt/Zahnarzt

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters