



Einverständniserklärung Implantation, Knochen- und Kieferhöhlenaufbau

Bitte bestätigen Sie uns die folgenden Punkte mit Ihrer Unterschrift:

1. Ich wurde über die geplante Operation aufgeklärt, es wurde mit mir folgende Behandlung besprochen:

2. Ich wurde durch meinen Zahnarzt nach umfangreicher Untersuchung im Mund und durch Röntgenbilder/DVT-Aufnahmen über folgende Alternativen aufgeklärt:

3. Ich wurde ausführlich darüber aufgeklärt, dass Risiken oder Komplikationen bei jedem chirurgischen Eingriff, bei jeder Lokalanästhesie oder bei zusätzlicher Medikamentengabe auftreten können. Über nachfolgende Reaktionen, wie Schwellung, Schmerzen, Infektionen oder allgemeines Unwohlsein bin ich informiert. Folgende spezielle Risiken wurden mit mir besprochen:

4. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass es bis zum heutigen Zeitpunkt keine Methode gibt, um die Heilungsmöglichkeiten des Knochens und des Zahnfleisches von vornherein festzulegen. Der Heilungsverlauf ist individuell unterschiedlich. Nach dem Heilungsverlauf richtet sich die weitere Behandlung.

5. Bei mir wird ein zweiphasiges Implantat eingesetzt. Folgende Implantat-Hersteller wurden mir angeboten:

Bei einem zweiphasigen Implantat bleibt das Implantat während der Einheilzeit von Schleimhaut bedeckt; es kann daher keine sofortige festsitzende provisorische Versorgung erfolgen. In der Regel beträgt die Einheilphase ca. 3-4 Monate, in Ausnahmefällen auch länger.

6. Ich wurde darüber informiert, dass keine Erfolgsgarantie für Implantate gegeben werden kann. Für den Fall eines Misserfolges, muss das Implantat wieder entfernt werden. Den Zeitpunkt der Entfernung bestimmt mein Zahnarzt.

7. Ich wurde darüber informiert, dass eine äußerst genaue Mundhygiene rund um die Implantate und in der gesamten Mundhöhle bestehen muss. Durch eine optimale Mundhygiene werde ich wesentlich dazu beitragen, den implantologischen Erfolg positiv zu beeinflussen. Mir wurde empfohlen durch eine Professionelle Zahnreinigung (PZR) innerhalb von 4 Wochen vor der Operation die Bakterienzahl im Mundraum zu minimieren. Mein PZR-Termin ist am

8. Ich wurde darüber informiert, dass exzessives Rauchen, Alkoholmissbrauch sowie eine falsche Belastung der Implantate den Erfolg der Behandlung wesentlich beeinträchtigen können.

9. Die Anweisungen meines Zahnarztes werde ich befolgen. Ich wurde darüber informiert, dass Folgeuntersuchungen in sechsmonatigen Abständen erfolgen müssen und erkläre mich mit einer halbjährlichen regelmäßigen Kontrolle meiner Implantate einverstanden. Eine professionelle Implantatpflege im Rahmen der Professionellen Zahnreinigung wurde mir empfohlen.

10. Ich bin mit Röntgenaufnahmen und Fotografien während der Vorbehandlung, des chirurgischen Eingriffs und bei Folgeuntersuchungen einverstanden.

11. Es ist mir bewusst, dass ich über alle Änderungen meines allgemeinen Gesundheitszustandes meinen behandelnden Zahnarzt umgehend informieren muss.

Nach ausführlicher Aufklärung bin ich mit einer implantologischen Versorgung einverstanden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Ort, Datum _____ Unterschrift des Zahnarztes _____