Einverständniserklärung - Implantologie -

Name des Patienten:	geb.:
	der Implantologie informiert und verstehe die erläutert, dass das bei mir geplante Implantat in Zahnfleisch eingesetzt wird.
erklärt. Mein Zahnarzt/meine Zahnärztin	er zahnmedizinischen Rekonstruktion wurden mir hat meinen Kiefer/meinen Mund sorgfältig habe ich mich für eine implantologische
 Ich wurde ausführlich darüber aufgeklär chirurgischen Eingriff, bei jeder Lokalanästh auftreten können. 	t, dass Risiken oder Komplikationen bei jedem nesie oder bei zusätzlicher Medikamentengabe
Unwohlsein bin ich informiert. Taubheiten d können auftreten. Die genaue Dauer einer so in außergewöhnlichen Fällen kann sie aus Wunde, des Gefäßsystems oder des umliege	rellung, Schmerzen, Infektion oder allgemeines ler Lippe, Zunge, Wange, Kinn oder der Zähne olchen Beeinträchtigung ist nicht vorauszusagen; ch irreversibel sein. Zusätzliche Infektionen der enden Gewebes sind möglich. Auch wurde ich die Eröffnung der Kieferhöhle, verzögerte Heilung oder Medikamente auftreten können.
die Heilungsmöglichkeiten des Knochens un	zum heutigen Zeitpunkt keine Methode gibt, um d des Zahnfleisches von vornherein festzulegen dlich. Nach dem Heilungsverlauf richtet sich die
5. Bei mir wird ein einphasiges Implantat eing	esetzt. 🗖
Bei einem <u>einphasigen</u> Implantat kann Implantation oder sofort im Anschluss eine Implantat eingegliedert werden. Nach ca. 6-	innerhalb eines kurzen Zeitraumes nach de festsitzende provisorische Versorgung auf dem -8 Wochen erfolgt die weitere Versorgung.
Bei mir wird ein <u>zweiphasiges</u> Implantat eing	esetzt. 🗖
Bei einem zweiphasigen Implantat bleibt	das Implantat während der Einheilzeit vor

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/meine Zahnärztin.

länger.

Schleimhaut bedeckt; es kann daher keine sofortige festsitzende provisorische Versorgung erfolgen. In der Regel beträgt die **Einheilphase ca. 3 - 4 Monate**, in Ausnahmefällen auch

7. Ich wurde darüber informiert, dass eine äußerst genaue Mundhygiene rund um die Implantate und in der gesamten Mundhöhle vorgenommen werden muss. Durch eine optimale Mundhygiene werde ich wesentlich dazu beitragen, den implantologischen Erfolg positiv zu beeinflussen.

Einverständniserklärung - Implantologie -

- **8.** Ich wurde darüber informiert, dass exzessives Rauchen, Alkoholmissbrauch und eine falsche Belastung der Implantate den Erfolg der Behandlung wesentlich beeinträchtigen können.
- **9.** Die Anweisungen meines Zahnarztes/meiner Zahnärztin werden ich befolgen. Ich wurde darüber informiert, dass Folgeuntersuchungen in sechsmonatigen Abständen erfolgen müssen und erkläre mich mit einer halbjährlichen regelmäßigen Kontrolle meiner Implantate einverstanden.
- **10.** Ich bin mit Röntgenaufnahmen und Fotografien während des chirurgischen Eingriffes und bei Folgeuntersuchungen einverstanden.
- 11. Ich habe meinen Zahnarzt/meine Zahnärztin über meine zahnmedizinische und medizinische Vorgeschichte informiert. Zusätzlich habe ich einen ärztlichen Fragebogen für meinen behandelnden Arzt erhalten, mit der Bitte, diesen Untersuchungsbogen ausgefüllt an meinen behandelnden Zahnarzt/meine behandelnde Zahnärztin zurückzugeben.
- 12. Es ist mir bewusst, dass ich alle Veränderungen oder über das Maß des Normalen hinausgehende Schwierigkeiten unverzüglich meinem Zahnarzt/meiner Zahnärztin anzeigen muss.
- 13. Mein Zahnarzt/meine Zahnärztin hat mich darüber aufgeklärt, dass implantologische Leistungen reine Privatleistungen sind und auch als solche abgerechnet werden. Reduzierungen von Seiten der Krankenkasse/Versicherung gehen nicht zu Lasten meines Zahnarztes/meiner Zahnärztin, sondern werden von mir ausgeglichen.
- 14. Kosten für Folgeuntersuchungen und Folgebehandlungen, Auswechseln von Implantatteilen, Wiederherstellungen oder notwendige Veränderungen der Gesamtkonstruktion werden, ohne Rücksicht auf Bezuschussung durch Krankenkasse oder Versicherung, von mir übernommen.
- 15. Über mögliche gutachterliche Verfahren bei implantologischen Leistungen wurde ich informiert. Mein Zahnarzt/meine Zahnärztin hat mich dahingehend informiert, dass alle im Rahmen des normalen Praxisverlaufes möglichen Fragen zur gutachterlichen Stellungnahme beantwortet werden. Erstattungsreduzierungen durch die Krankenkasse/Versicherung werden von mir nicht abgezogen, es sei denn nach Rücksprache mit meinem behandelnden Zahnarzt/meiner Zahnärztin.

Nach ausführlicher Aufklärung bin ich mit einer implantologischen Versorgung einverstanden.

Datum	Unterschrift Zahnarzt
Datum	Unterschrift Patient
 Datum	Unterschrift gesetzlicher Vertreter