



## Einverständniserklärung - Implantologie -

Pat.: \_\_\_\_\_

1. Ich bin über Wesen und Technik der Implantologie informiert worden und verstehe den Vorgang der chirurgischen Vorgehensweise. Es ist mir erklärt worden, dass ein Implantat in den Knochen hinein, unter das Zahnfleisch eingesetzt werden muss.
2. Alle alternativen Therapiemaßnahmen der zahnmedizinischen Rekonstruktion sind mir erklärt worden, wie

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mein Zahnarzt hat sorgfältig meinen Mund untersucht. Nach eingehender Diskussion habe ich mich für die implantologische Maßnahme entschieden.

3. Ich bin vollständig darüber aufgeklärt worden, dass mögliche Risiken oder Komplikationen bei jedem chirurgischen Eingriff, bei jeder Lokalanästhesie oder bei zusätzlichen Medikationen auftreten können. Über nachfolgende Komplikationen, wie Schwellung, Schmerzen, Infektion oder allgemeines Unwohlsein bin ich informiert. Taubheiten der Lippe, Zunge, Wange, Kinn oder Zähne können auftreten. Die exakte Dauer dieser Beeinträchtigung ist nicht vorauszusehen und mag in außergewöhnlichen Fällen auch irreversibel sein. Zusätzliche Infektionen der Wunde, des Gefäßsystems oder des umliegenden Gewebes sind

möglich. Ich bin darüber informiert worden, dass Knochenfrakturen, Einbrüche in die Kieferhöhle, verzögerte Heilung oder allergische Reaktionen auf Medikamente oder auf Anästhetika auftreten können.

4. Es ist mir bewusst, dass ich alle Veränderungen oder über das Maß des Normalen hinausgehende Schwierigkeiten unverzüglich meinem Zahnarzt anzeigen muss.
5. Ich bin darüber aufgeklärt worden, 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 aber die weitere Behandlung.
6. Bei mir wird ein zweiphasiges Implantat eingesetzt. Bei zweiphasigen Implantaten wird die Einheilphase ca. 3 - 6 Monate, in Ausnahmefällen auch wesentlich länger ausmachen. In dieser Zeit bleibt das Implantat unter der Schleimhaut gedeckt oder mit Schleimhaut weitestgehend abgedeckt in Ruhe.
7. Ich bin darüber informiert worden, dass
  - keine Erfolgsgarantie für Implantate gegeben werden kann. Für den Fall eines Misserfolges muss das Implantat sofort entfernt werden. Den Zeitpunkt der Entfernung bestimmt mein Zahnarzt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient



- eine peinlichst genaue Mundhygiene um die Implantate vorgenommen werden muss. Den implantologischen Erfolg verspreche ich durch eine optimale Mundhygiene wesentlich zu beeinflussen.
  - exzessives Rauchen, Alkoholgenuss und parafunktionelle Belastungen meiner Implantate den Erfolg des Implantates wesentlich beeinträchtigen können. Ich verspreche, den Anweisungen meines Zahnarztes Folge zu leisten und erkläre mich mit einer vierteljährlichen regelmäßigen Kontrolle meiner Implantate einverstanden.
8. Ich habe meinen Zahnarzt über alle zahnmedizinischen und medizinischen anamnestischen Hintergründe aufgeklärt und habe zusätzlich einen ärztlichen Fragebogen für meinen Arzt erhalten. Ich werde den Arzt anweisen, den Untersuchungsbogen ausgefüllt an meinen behandelnden Zahnarzt weiterzuleiten.
9. Ich bin mit Röntgenaufnahmen und Fotografieren – die auch für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden dürfen - während des chirurgischen Eingriffes und bei nachfolgenden Untersuchungen einverstanden. Ich bin darüber informiert worden, dass nachfolgende Untersuchungen in dreimonatigen Abständen zu erfolgen haben.
10. Mein Zahnarzt hat mich darüber aufgeklärt, dass implantologische Leistungen reine Privatleistungen sind und auch als solche abgerechnet werden. Reduzierungen – egal welcher Art - von Seiten der Krankenkasse/Versicherungen gehen nicht zu Lasten des Zahnarztes, sondern werden von mir ausgeglichen.
11. Nachfolgende Untersuchungen oder Auswechseln von Implantatteilen oder Veränderungen der Gesamtkonstruktion

müssen von mir ohne Rücksicht auf die Bezuschussung durch Krankenkassen oder Krankenversicherungen ausgeglichen werden.

12. Über mögliche gutachterliche Verfahren bei implantologischen Leistungen bin ich informiert worden. Mein Zahnarzt hat mich dahingehend unterrichtet, dass er alle im Rahmen des normalen Praxisverlaufes möglichen Fragen zur gutachterlichen Stellungnahme **nur direkt dem zahnärztlichen Kollegen!** beantworten wird. Mögliche Reduzierungen der Krankenkasse/Versicherungen werden von mir einseitig, ohne Rücksprache mit meinem behandelnden Zahnarzt, nicht abgezogen.

### **Nach ausführlicher Aufklärung bin ich mit einer implantologischen Versorgung**

- einverstanden.  
 **nicht** einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin

---

Unterschrift des Patienten / der Patientin

---

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten