Einwilligung- chirurgische Eingriffe

EIFEL BIOHEALTH
INSTITUT FÜR GANZHEITLICH BIOLOGISCHE ZAHNHEILKUNDE

Name:

Vorname:

Herr / Frau hat heute mit mir anhand der Ergebnisse der Untersuchung ein Aufklärungsgespräch geführt. Anhand meiner Befunde im Zahn-, Mund- und Kieferbereich soll bei mir folgender operativer Eingriff vorgenommen werden:

Eingriff / Maßnahme: **Extraktion/ WSR Zahn:**

Diese(r) Eingriff(e) beinhaltet folgende Schritte:

Schritte / Maßnahmen: **Anästhesie, Extraktion /WSR, Tupfer evt. Naht**

Folgende Risiken, Probleme, mögliche Nebenfolgen bzw. Komplikationen können infolge dieser Maßnahme(n) auftreten:

Risiken / Nebenwirkungen: **Schwellung, Blutung, Wundschmerz**

Während des Eingriffes kann unter Umständen eine Erweiterung oder Änderung der geplanten Maßnahme erforderlich sein. Die Fäden werden in der Regel nach 7 bis 10 Tagen gezogen. Nach dem Eingriff sollte folgendes beachtet werden:

Verhalten nach dem Eingriff: **Siehe Infoblatt**

Behandlungsalternativen:

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

Ich versichere, dass ich im Anamnesebogen alle mir bekannten Beschwerden, Allergien und Medikamenteneinnahme genannt habe.

Meine Fragen wurden von der aufklärenden Zahnärztin bzw. dem aufklärenden Zahnarzt beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht. Ich erkläre mich mit der vorgesehenen Maßnahme sowie mit den erforderlichen Erweiterungen und Änderungen einverstanden.

Mir ist bekannt, dass die diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

☐ Ich bestätige, dass ich ausreichend Zeit hatte, alle mich interessierenden Fragen zu stellen sowie meine Entscheidung über die Zustimmung zum Eingriff zu treffen.

Ergänzungen:

Kelberg, den

Datum, Ort	Aufklärender Zahnarzt / Zahnärztin	Unterschrift Patient/In bzw. gesetzlicher Vertreter