



Informations- und Einverständniserklärung zur operativen Entfernung von Weisheitszähnen

1. Ich wurde über den Zweck und die Art des chirurgischen Eingriffs unterrichtet. Ich verstehe die notwendigen Maßnahmen um den Zahn zu entfernen.

2. Mein Arzt hat meinen Mund sorgfältig untersucht. Behandlungsalternativen wurden mir erklärt.

3. Ich wurde weiterhin über die möglichen Risiken und Komplikationen, die im Zusammenhang mit der Operation und Medikamenten auftreten können aufgeklärt. Zu diesen Komplikationen gehören z.B. Schmerzen, Schwellung, Infektion und Verfärbung, Taubheit der Lippe, Zunge Kinn, Wange oder Zähne können auftreten. Es ist möglich, dass sie genaue Dauer nicht zu ermitteln ist. Die Wirkung kann auch irreversibel sein. Möglich sind auch Venenentzündungen, Beschädigung vorhandener Zähne, Knochenfrakturen, verzögerte Heilung, allergische Reaktionen auf Medikamente u. s. w.

4. Ich verstehe, dass, wenn nichts unternommen wird, eine oder mehrere der folgenden Zustände auftreten können: Knochenverlust, Entzündung des Zahnfleischgewebes, Infektion, Empfindlichkeit bis hin zu Lockerungen der Zähne.

Auch möglich sind Kiefergelenkprobleme, Kopfschmerzen, zum Nacken und zu den Gesichtsmuskeln ausstrahlende Schmerzen und Muskelermüdung beim Kauen.

5. Mir ist klar, dass Rauchen, Alkoholgenuss und Diabetes die Heilung des Zahnfleisches beeinträchtigen und den Erfolg des Implantats gefährden können.

Ich erkläre mich damit einverstanden, die ärztlichen Anweisungen zu befolgen.

Ich willige ein, meinen Arzt auf Anweisung zur regelmäßigen Untersuchung aufzusuchen.

6. Ich habe nach bestem Wissen, einen genauen Bericht über meine körperliche und geistige Krankengeschichte abgegeben. Ich habe auch alle mir bekannten allergischen und ungewöhnlichen Reaktionen auf Medikamente, Nahrungsmittel, Insektenstiche, Narkosemittel, Blütenstaub, Staub, Blut oder körperliche Krankheiten, Zahnfleisch- oder Hautreaktionen, abnormales Bluten oder andere mit meiner Gesundheit zusammenhängende Bedingungen angegeben.

Datum, Unterschrift Patient / -in

Zahnärztliche Praxis
Dr. med. dent. Eno Akpan

Obermarkt Center
Am Kreuzfeld 2
82418 Murnau
Tel.: 0 88 41/93 66

kontakt@zahnarzt-akpan.de
www.zahnarzt-akpan.de

**Zahnarzt ist
eingetragenes Mitglied der:**

- Zahnärztekammer Bayern
- Deutsche Gesellschaft für Implantologie
- Deutsche Gesellschaft für Endodontie
- Akademie Praxis und Wissenschaft
- Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund
und Kieferheilkunde