



Informations- und Einverständniserklärung zur Implantation

1. Ich wurde über den Zweck und die Art des chirurgischen Implantationsverfahren unterrichtet. Ich verstehe die notwendigen Maßnahmen um das Implantat in den Knochen einzusetzen.

2. Mein Arzt hat meinen Mund sorgfältig untersucht. Behandlungsalternativen wurden mir erklärt. Ich habe diese ausprobiert oder in Betracht gezogen, aber ich wünsche ein Implantat, um einen Zahnersatz zu befestigen.

3. Ich wurde weiterhin über die möglichen Risiken und Komplikationen, die im Zusammenhang mit der Operation, Medikamenten und Narkosemitteln 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, Nasenhöhlenpenetration, 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: Knochenerkrankung, Knochenverlust, Entzündung des Zahnfleischgewebes, Infektion, Empfindlichkeit, Lockerung der Zähne und resultierende Notwendigkeit der Zahnextraktion.

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

5. Mein Arzt hat mir erklärt, dass es keine genaue Methode gibt, die Zahnfleisch- und Knochenheilungsfähigkeiten beim einzelnen Patienten nach einer Implantation vorauszusagen.

6. Mir wurde erklärt, dass Implantate in manchen Fällen nicht einwachsen und wieder entfernt werden müssen. Ich wurde darüber informiert und verstehe, dass die Zahnheilkunde keine exakte Wissenschaft ist. Es können keine Garantien oder Versicherungen gegeben werden, was die Ergebnisse von Behandlung und Operation betrifft.

7. 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.

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 den

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



8. 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.

9. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Fotos, Filmaufnahmen, Aufzeichnungen und Röntgenaufnahmen des Verfahrens gemacht werden, die zur Förderung der Implantat-Zahnheilkunde dienen, vorausgesetzt, meine Identität wird nicht bekannt gegeben.

10. Ich wünsche und autorisiere hiermit ärztliche/zahnärztliche Dienstleistungen, einschließlich Implantate und andere Operationen. Ich bin mir darüber vollständig im Klaren, dass während und nach dem beabsichtigten Verfahren, der Operation oder Behandlung Bedingungen sichtbar werden können, die nach dem Urteil des Arztes zusätzliche oder alternative Behandlungen rechtfertigen, wenn sie dem Erfolg der Gesamtbehandlung dienlich sind.
Ich stimme auch Design-, Material- und Behandlungsänderungen zu, wenn gemeint wird, dass diese in meinem Bestem Interesse sind.

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