



## EINWILLIGUNG - CHIRURGISCHER EINGRIFF

### Einwilligung zu zahnärztlich - chirurgischem Eingriff

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei mir folgender zahnärztlich-chirurgischer Eingriff vorgenommen wird

---

Über den damit verbundenen operativen Eingriff wurde ich aufgeklärt:

Insbesondere sind mir folgende Punkte erläutert worden:

Bei allen operativen Eingriffen kann es trotz großer Sorgfalt bei der Durchführung zu Komplikationen kommen z.B. Wundheilungsstörung, Wundinfektion, Blutung, Bluterguss.

Durchgeführt wird der Eingriff in örtlicher Betäubung. Es kann hierbei zu Unverträglichkeitsreaktionen gegenüber dem Anästhetikum, Blutungen im Injektionsbereich und zu Schädigungen von Nerven im Injektionsbereich kommen. Vorerkrankungen und Allgemeinleiden können sich ungünstig auf die Heilung auswirken. Mir ist bekannt, dass ich daher vor dem Eingriff jegliche Erkrankungen und damit im Zusammenhang stehende Medikamente mitteilen muss.

Bei Operationen im Unterkiefer kann aufgrund der anatomischen Verhältnisse eine Verletzung des Kiefer- oder Zungennervs nicht sicher ausgeschlossen werden. In diesem Fall kann es zu einer vorübergehenden, ganz selten auch dauerhaften Beeinträchtigung oder dem Verlust des Gefühls in der Zunge oder auch Lippe, ggf. auch der Geschmacksempfindung kommen. Bei einer Operation im Oberkiefer kann es zu einer Eröffnung der Kieferhöhle kommen. In diesem Fall werden mit einem besonders dichten, gegebenenfalls plastischen Wundverschluss Komplikationen in der Regel verhindert. Jedoch können die Ausbildung eines Hämatoms in der Wundhöhle und evtl. eine Entzündung der Kieferhöhle nicht sicher ausgeschlossen werden. Die Kieferhöhle muss bei bestimmten Verfahren in den Eingriff einbezogen werden. Man hat mich über das operative Vorgehen und somit mögliche zusammenhängende Komplikationen (Schwellung, Infektionen, Kieferhöhlenentzündung) aufgeklärt.

Über das Verhalten nach dem Eingriff wurde ich aufgeklärt und eingewiesen, wie z.B. Verhalten bei Nachblutung, Kühlung, Einnahme von Medikamente, Mundhygiene und körperliche Schonung. Hiermit bestätige ich, dass ich die Aufklärung über den bei mir vorgesehenen Eingriff einschließlich der Komplikationsmöglichkeiten und der daraus folgenden wesentlichen Beeinträchtigungen verstanden habe. Über Besonderheiten der bei mir vorgesehenen Operation wurde ich informiert.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Verkehrstüchtigkeit nach dem Eingriff eingeschränkt sein kann. Daher wurde mir eine Begleitperson empfohlen. Ferner bestätige ich, dass mir das Ziel und der Hergang des vorgesehenen ärztlichen Eingriffes beschrieben wurden und ich somit ausreichend informiert bin. Über Beeinträchtigungen, die durch Komplikationen bei der Durchführung bzw. die bei Unterbleiben der Behandlung auftreten können, habe ich Gelegenheit gehabt, mich zu informieren. Sollte es im Falle eines unvorhergesehenen Befundes nach ärztlichem Ermessen notwendig erscheinen, so kann über den vorgeschlagenen Umfang des Eingriffes hinausgegangen werden. Auch wenn eine weiterführende Aufklärung während des Eingriffs nicht möglich ist und der Eingriff nicht unterbrechbar oder verschiebbar ist.

Mir wurden alle noch offenen Fragen beantwortet.  
Dass ich die Einwilligung widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Dr. M. Langhammer \_\_\_\_\_