



## Einwilligung zur Implantation einer künstlichen Zahnwurzel [ Implantat ]

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei mir die Implantation einer künstlichen Zahnwurzel (Implantat) vorgenommen wird. Über den damit verbundenen operativen Eingriff wurde ich aufgeklärt.

Insbesondere sind mir folgende Punkte erläutert worden:

Wie bei jedem operativen Eingriff, kann es auch bei der Implantation, die eine Operation ist, trotz aller Sorgfalt bei der Durchführung zu Komplikationen wie z.B. Wundheilungsstörung, Wundinfektion, Blutung, Bluterguss kommen. Der Eingriff wird in örtlicher Betäubung durchgeführt. 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 Einheilung eines Implantats auswirken. Bekannt ist mir auch, dass ich daher vor dem Eingriff jegliche Erkrankungen und damit im Zusammenhang stehende Medikamente mitteilen muss. Implantate heilen in der Regel sehr gut im Knochen ein. Jedoch kann ein sicherer Erfolg nicht garantiert werden, ebenso wenig eine bestimmte Verweildauer des Implantates.

Bei einer Implantation im Unterkiefer kann aufgrund der anatomischen Verhältnisse eine Verletzung des Kiefer- oder Zungennervs nicht sicher ausgeschlossen werden. Es kann in diesem Fall zu einer vorübergehenden, ganz selten auch dauerhaften Beeinträchtigung oder dem Verlust des Gefühls in der Lippe oder der Zunge, ggf. auch der Geschmacksempfindung kommen. Bei einer Implantation im Oberkiefer kann es zu einer Eröffnung der Kieferhöhle kommen. In der Regel werden dabei Komplikationen mit einem plastischen, besonders dichten Wundverschluss verhindert. Allerdings 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. Über das operative Vorgehen sowie über damit zusammenhängende mögliche Komplikationen (Schwellungen, Infektionen, Kieferhöhlenentzündung) wurde ich aufgeklärt. Ich wurde außerdem darauf aufmerksam gemacht, dass Implantate eine sehr gute Zahnpflege erfordern. Regelmäßige Kontrolluntersuchung sind nach einer Implantation erforderlich. Man hat mich darauf hingewiesen, dass im ersten Jahr nach der Versorgung des Implantats eine vierteljährliche Kontrolle, später dann eine regelmäßige halbjährliche Kontrolle in Verbindung mit einer professionellen Zahnreinigung (Prophylaxe) notwendig ist, um einen Verlust durch Entzündung oder Lockerung des Aufbaus vorzubeugen.

Ich bestätige hiermit, dass ich die Aufklärung über den bei mir vorgesehenen Eingriff einschließlich der Komplikationsmöglichkeiten sowie daraus folgenden wesentlichen Beeinträchtigungen verstanden habe. Man informierte mich über Besonderheiten der bei mir vorgesehenen Implantationen. Folglich wurden auch alternative Behandlungsmöglichkeiten - auch ohne Implantate - besprochen.

Dass die gesetzlichen Kostenträger implantologische Maßnahmen nicht oder nur in einem beschränkten Umfang bezuschussen und dass auch private Versicherer teilweise Erstattungseinschränkungen vornehmen bei einer implantologischen Maßnahme, ist mir bekannt. Man wies mich darauf hin, dass nach dem Eingriff die Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein kann. Daher wurde mir eine Begleitperson empfohlen. Hiermit bestätige ich, dass ich über Ziele sowie den Hergang des vorgesehenen ärztlichen Eingriffes informiert bin. Ich hatte die Gelegenheit mich über Beeinträchtigungen, die durch Komplikationen bei der Durchführung bzw. die bei Unterbleiben der Behandlung auftreten können, zu informieren. Erscheint es im Falle eines unvorhergesehenen Befundes nach ärztlichem Ermessen notwendig, kann über den vorgeschlagenen Umfang des Eingriffes hinausgegangen werden, auch wenn dabei eine weiterführende Aufklärung während des Eingriffes nicht möglich und der Eingriff nicht unterbrechbar oder verschiebbar ist.

Mir wurden alle meine Fragen beantwortet.

Dass ich die Einwilligung widerrufen kann, ist mir bekannt.

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

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