KOMVITA AG
Buckhauserstrasse 17
8048 Zürich

WHITE SMYLE
DENTAL

Aufklärung und Einverständniserklärung
für IMPLANTAT

Patient Name:

Einwilligung für den zahnärztlichen Eingriff

Ich wurde darüber unterrichtet, dass die oben genannte Massnahme bei mir durchgeführt werden soll. Über Art, Zweck und Hergang des Eingriffes, sowie über seine wesentlichen Vor- und Nachteile und Risiken, auch im Vergleich zu anderen Methoden der Untersuchung, Behandlung, Operation und zum Unterlassen des Eingriffes wurde ich ausreichend informiert.
Mir ist bekannt, dass sich unter Umständen eine Erweiterung des Eingriffs und eine Erweiterung oder Änderung der geplanten Massnahmen erst intraoperativ als notwendig herausstellen kann.
Ich bin auf mögliche körperliche und berufliche Komplikationen in der Zeit nach dem Eingriff hingewiesen worden.

Weiters wurde ich über folgende mögliche Komplikationen aufgeklärt:
Schwellungen, Nachblutungen sowie Schmerzen
Wundheilungsstörungen
Infektionen
Taubheitsgefühl in der Unterlippe
Verlust des Implantates
Verletzung/Verlust der Nachbarzähne
Im Oberkiefer Luxation des Implantates in die Kieferhöhle
Misserfolg

Meine Fragen wurden ausführlich beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht bzw. erfolgte soweit ich es wünschte.

Ich erkläre mich mit der vorgesehenen Massahme und Methode, sowie mit erforderlichen Erweiterungen und Änderungen einverstanden. Ich bin darüber unterrichtet worden, dass unter Umständen Photodokumentationen meiner Operation erfolgen und erkläre mich damit einverstanden. Ich versichere, dass ich in der Krankengeschichte alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe. Zusätzlich erkläre ich mich mit einem Recall bzgl. der Implantation einverstanden. Über das erforderliche Verhalten vor und nach dem Eingriff wurde ich belehrt.

Ort, Datum _____

_____
Unterschrift Zahnarzt oder
Vertretend durch Praxis

_____
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtiger