

Praxis für Zahnheilkunde

und Implantologie

Dr. Thorsten Frank

Rathausplatz 2 – 67454 Haßloch

Telefon: 06324/982 682 - Fax: 06324/982 683

Einverständniserklärung für chirurgische Eingriffe

Patient: _____

Aufklärender Arzt: _____

Vorgesehener Eingriff: _____

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die o.g. Operation bei mir durchgeführt werden soll und meine Fragen wurden mir verständlich beantwortet. Mir ist auch bekannt, dass ich diese Einwilligung vor dem Eingriff widerrufen kann.

Über Art, Zweck und Hergang des Eingriffes sowie über seine Risiken, Vor- und Nachteile, auch im Vergleich zu anderen Methoden der Untersuchung/Behandlung/Operation und zum Unterlassen des Eingriffes wurde ich mündlich umfassend informiert.

Mir ist bekannt, dass sich unter Umständen erst während des Eingriffes eine Erweiterung oder Änderung der geplanten Maßnahmen als notwendig herausstellen kann und bin damit einverstanden. Auch wenn eine weiterführende Aufklärung während des Eingriffes nicht möglich ist und der Eingriff nicht unterbrechbar oder verschiebbar ist.

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

Über das Verhalten vor und nach dem Eingriff wurde ich schriftlich und mündlich aufgeklärt. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Verkehrstüchtigkeit nach dem Eingriff eingeschränkt sein kann. Daher wurde mir eine Begleitperson empfohlen.

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 Medikamenteneinnahmen mitteilen muss.

Haßloch, den _____

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Arztes