

Einverständniserklärung über zahnärztliche Implantationen

Patient (Nachname, Vorname)

Am ____ . ____ . ____ wurde zwischen dem o.g. Patienten (ggf. seinem gesetzlichen Vertreter) und dem behandelnden Arzt ein Aufklärungsgespräch über die Einpflanzung von Stützpfeilern bzw. Knochenersatzsubstanzen auf/in den Kieferknochen geführt.

Mit Hilfe von Informationsmaterialien, Röntgen- und Fotoaufnahmen schon abgeschlossener Fälle sowie technischer Anschauungsmodelle mit simulierten implantologischen Behandlungskonzepten wurden mir der Zweck, der Umfang und der Ablauf der geplanten Behandlung eingehend erläutert. Möglicherweise auftretende Nebenwirkungen und Risiken wurden ebenso in für mich verständlicher Form geschildert.

Nachdem noch andere Behandlungsmethoden der konventionellen, prothetischen Lösungen besprochen wurden, entscheide ich mich unter Abwägung aller für mich wesentlichen Punkte und in Kenntnis möglicher Komplikationen für den vorgesehenen Eingriff bei mir.

Die erforderlichen Nachuntersuchungen und das ärztlicherseits zu empfehlende Verhalten für die Zeit nach dem Eingriff wurden mir bekanntgegeben.

Auch sind mir Fälle erläutert worden, bei denen Komplikationen zum Verlust des Implantates geführt haben. In Kenntnis dieser Möglichkeiten werde ich auch im Falle eines Misserfolges keine Schadensersatzansprüche an den behandelnden Arzt stellen.

Mir ist bekannt, dass die gesetzlichen Krankenversicherer implantologische Maßnahmen gar nicht oder im Einzelfall nur in beschränktem Umfang bezuschussen, so dass die Kosten der speziellen Implantationsverfahren im wesentlichen selbst tragen muss und dass sich meine Versicherung an der auf den Implantaten befestigten Oberkonstruktion im Rahmen meines dort abgeschlossenen Vertrages beteiligt. Die Kosten der bei mir durchzuführenden implantologischen Maßnahmen liegen bei ca. _____ €

Möglicherweise notwendige plastische oder aufbauende Maßnahmen mit Knochenersatzmaterialien und Gewebeklebersystemen sind in diesem Betrag nicht enthalten und werden nach Aufwand zusätzlich liquidiert.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger

Unterschrift behandelnder Arzt