

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Stempel des Gesundheitsbetriebs

## Einwilligung des Patienten zum Einsetzen der Zahnimplantate

### Patient:

Vorname und Nachname: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

### Praxis/Gesundheitsbetrieb:

Name des Betriebs: \_\_\_\_\_

Sitzanschrift: \_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum betreuenden Arzt:

Vorname und Nachname: \_\_\_\_\_

### Art der Einwilligung:

(Zutreffendes mit „X“ markieren und leserlich in der entsprechenden Einwilligungserklärung durch die berechtigten Personen unterschreiben lassen)

**Einwilligungserklärung des Patienten**

Einwilligung, die vom Patienten selbst in eigenen Namen erteilt wird

\_\_\_\_\_  
lesbare Unterschrift des Patienten

**Parallele Einwilligung**

Gleichzeitige Einwilligung des Patienten und des gesetzlichen Vertreters oder des Vormundschaftsgerichts, falls der Patient:

- das 16. Lebensjahr vollendet hat
- oder
- geschäftsunfähig, aber in der Lage ist, sich selbst über die Erbringung der Gesundheitsleistungen für ihn zu äußern

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

lesbare Unterschriften des Patienten und des Betreuers/Vormunds

**Angaben zum Elternteil, Betreuer/Vormund\* bei einer stellvertretenden oder gleichzeitigen Einwilligung:**

Vorname und Nachname: \_\_\_\_\_  
Wohnanschrift: \_\_\_\_\_  
PESEL: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_  
Beziehung zum Patienten: \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Im Punkt „Beziehung zum Patienten“ geben Sie bitte die Grundlage für die Betreuung an und tragen Sie die Nummern und die Bezeichnung der entsprechenden Dokumente ein:

- im Falle eines Elternteils des Patienten – Identitätsdokumente des Patienten (Kindes) und des Elternteils
- im Falle eines Betreuers/Vormunds: Identitätsdokumente des Patienten und des Betreuers/Vormunds sowie das Urteil, das die Grundlage für die Bestellung eines Betreuers/Vormunds erklärt.

**Erklärung des Elternteils/Betreuer/Vormunds\*:**

Ich erkläre hiermit, dass mir meine elterlichen Rechte\* das Betreuungsrecht\*, das Recht auf Vormundschaft\* für die nachfolgend genannte Person weder vorenthalten noch eingeschränkt wurden: \_\_\_\_\_

Vorname und Nachname des Patienten eintragen

\_\_\_\_\_  
Lesbare Unterschrift des Elternteils/Betreuer /Vormunds\*

\*Unzutreffendes streichen

**Empfohlener Umfang der Behandlung:**

Empfohlene Stelle der Implantation (Anzahl der Implantate):

---

Zusätzliche Informationen über den Umfang der Behandlung oder die Behandlungserweiterung:

---

**Geplanter, vom Patienten akzeptierter Umfang der Behandlung:**

Geplanter Implantattyp:

---

Geplante Implantationsstelle:

---

Zusätzliche Vereinbarungen:

---

---

---

Zusätzliche Vereinbarungen – Prothetik:

---

---

---

Ich wurde über alle Umstände und Risiken aufgeklärt, die mit der Verweigerung der Zustimmung zu den empfohlenen Leistungen verbunden sind.

---

leserliche Unterschrift des Patienten oder  
seines gesetzlichen Vertreters

In Anlehnung an Art. 32-35 des Gesetzes vom 5. Dezember 1996 über die Berufe des Arztes und des Zahnarztes (einheitliche Fassung GBl. von 2008 Nr. 136 Pos. 857 mit späteren Änderungen) und Art. 16-18 des Gesetzes vom 6. November 2008 über Patientenrechte und den Patienten-Ombudsmann (GBl. 2009 r. Nr. 52, Pos. 417, mit späteren Änderungen), erteile ich meine Einwilligung zum Einsetzen der Zahnimplantate Implantation von alloplastischen Konfektionsteilen im oben genannten Umfang in dieser Praxis.

---

leserliche Unterschrift des Patienten oder  
seines gesetzlichen Vertreters

Ich erteile meine Einwilligung zur Durchführung der vor dem chirurgischen Eingriff erforderlichen Untersuchungen, d.h.:

---

\_\_\_\_\_  
leserliche Unterschrift des Patienten oder  
seines gesetzlichen Vertreters

Ich erkläre, dass ich über alle Umstände und Risiken aufgeklärt wurde, die mit der Verweigerung der Zustimmung zu den empfohlenen Leistungen, bis hin zur Unterlassung der Behandlung, verbunden sind.

---

\_\_\_\_\_  
leserliche Unterschrift des Patienten oder  
seines gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des betreuenden Arztes,  
der die Erklärung des Patienten entgegennimmt

Ich bin mit der Durchführung der lokalen Betäubung einverstanden: Infiltrationsanästhesie, Leitungsanästhesie. Ich erteile meine Zustimmung, dass der Arzt die Art und den Umfang der Betäubung während der Behandlung bestimmt. Ich wurde über die Komplikationen, die mit der Durchführung der Betäubung verbunden sind, deren Risiko sowie über alternative Methoden informiert. Mir sind keine Kontraindikationen für eine Betäubung bekannt JA/NEIN

Kontraindikationen für eine Betäubung:

\_\_\_\_\_  
Die örtliche Betäubung kann Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen. Sofern Ihr Arzt Ihnen nichts anderes empfiehlt, sollten Sie 2 bis 6 Stunden nach der Durchführung der Betäubung auf das Führen von Kraftfahrzeugen aller Art oder das Radfahren verzichten. In den ersten 2 Wochen nach dem Eingriff sollten Sie, sofern Ihr Arzt nichts anderes empfiehlt, keinen Leistungssport treiben und extreme klimatische Belastungen (Ski-fahren, Reisen in tropische Länder) vermeiden. Bitte vereinbaren Sie sofort einen Termin, falls Sie ungewöhnliche Empfindungen an der Behandlungsstelle bemerken.

\_\_\_\_\_  
leserliche Unterschrift des Patienten oder  
seines gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des betreuenden Arztes,  
der die Erklärung des Patienten entgegennimmt

# Patientenerklärung

## Ich erkläre hiermit Folgendes:

1. Am \_\_\_\_\_ fand ein Aufklärungsgespräch zwischen dem oben genannten Patienten (ggf. mit seinem gesetzlichen Vertreter) über das Einsetzen der Zahnimplantate oder Knochenersatzmaterialien statt. Dabei wurden verschiedene Implantatsysteme im Hinblick auf ihre Eignung für den Einzelfall besprochen.
2. Mit Hilfe von Informationsmaterial, Röntgenbildern und Fotos von zuvor behandelten Fällen und möglichen Behandlungskonzepten wurden mir der Umfang und der Ablauf der geplanten Behandlung umfassend erklärt. Auch die möglichen Nebenwirkungen und Risiken wurden mir in verständlicher Form dargelegt.
3. Nach der Besprechung anderer konventioneller Behandlungsmethoden in Form von prothetischen Lösungen und nach Abwägung aller für mich wichtigen Informationen in Kenntnis möglicher Komplikationen, entscheide ich mich für den Eingriff.
  - a. Ich bin über die mit anderen Behandlungen verbundenen Risiken und über die Folgen der Unterlassung einer Behandlung informiert worden. Mir ist bewusst, dass wie bei allen allgemeinen medizinischen Prozeduren und Eingriffen ein positives Behandlungsergebnis nicht garantiert werden kann. Darüber hinaus wird die Behandlung durchgeführt, um ein bestimmtes Problem zu beheben, und beseitigt möglicherweise nicht andere verborgene Probleme. Ich weiß, dass ich meine Zustimmung zur Behandlung widerrufen kann.
4. Mir wurden Fälle erläutert, in denen Komplikationen zum Verlust des Implantats führten. Ich nehme zur Kenntnis, dass weder der Arzt noch die Praxis das erwartete Ergebnis der Behandlung garantieren können, das von vielen Faktoren abhängt. U. a. von den persönlichen Eigenschaften des Patienten, dem Gesundheitszustand des Patienten, seiner Krankengeschichte und dem Verhalten des Patienten nach der Behandlung. Es wurde mir erklärt, dass die vorgeschlagene Behandlung seit vielen Jahren erfolgreich praktiziert wird, jedoch bietet diese Methode keine Garantie für einen zeitlich unbegrenzten Erhalt der Implantate. Es ist nicht möglich, mit modernen diagnostischen Methoden die potenzielle Heilungsfähigkeit des Knochengewebes und Zahnfleischgewebes zu bestimmen. In einem kleinen Prozentsatz der Fälle kann es aus verschiedenen Gründen zu ihrem allmählichen Schwund kommen.
5. Ich erkläre, dass ich in einer für mich zugänglichen und verständlichen Weise über Folgendes unterrichtet worden bin:
  - a. meinen Gesundheitszustand und meine Diagnose,
  - b. vorgeschlagene und mögliche Diagnose- und Behandlungsmethoden,
  - c. die vorhersehbaren Folgen ihrer Anwendung oder Unterlassung,
  - d. Behandlungsergebnisse und Prognosen,
  - e. alle Umstände im Zusammenhang mit den geplanten medizinischen Leistungen,
  - f. die Folgen und Risiken einer Verweigerung der Zustimmung zu den jeweiligen Leistungen.
6. Für den Fall, dass ich die Informationen, die ich (Patient) von dem Arzt oder dem medizinischen Personal bekomme, nicht verstanden habe, verpflichte ich mich, dem betreuenden Arzt eine Information über dieses Unverständnis zur Kenntnisnahme durch den Leiter der Einrichtung zu übergeben.
7. Ich erkläre, dass ich das Recht habe, den Arzt mit Hilfe eines schriftlichen Antrags aufzufordern, einen geeigneten Facharzt zu konsultieren oder ein ärztliches Konsil durchzuführen.
8. Ich wurde über die Notwendigkeit zusätzlicher Untersuchungen nach dem Eingriff informiert, ferner empfahl mir der Arzt, wie ich mich nach dem Eingriff verhalten soll, und ich erkläre, dass mir eine schriftliche Anweisung übergeben wurde: „Information über das Verhalten nach Implantation, Augmentation, Sinuslifting“.
9. Da ich weiß, dass mein allgemeiner Gesundheitszustand Auswirkungen auf das Ergebnis der implantologischen Be-

handlung hat, versichere ich hiermit, dass ich in meiner Krankengeschichte alle mir bekannten Krankheiten und Beschwerden sowie die Medikamente, die ich derzeit einnehme, angegeben habe. Ich erkläre, dass ich vollständige und wahrheitsgemäße Angaben zu meinem Gesundheitszustand gemacht habe. Ich verpflichte mich, den betreuenden Arzt über jede Veränderung meines Gesundheitszustandes schriftlich zu informieren.

10. Ich weiß, dass das endgültige Ergebnis der Behandlung und ihre Beständigkeit in hohem Maße vom Verhalten des Patienten in der postoperativen Phase und nachfolgend abhängt, insbesondere von:
  - a. Unterlassen von Zigarettenrauchen, was sich sehr negativ auf den Heilungsprozess auswirkt, denn das Rauchen ist eine relative Kontraindikation für eine implantatprothetische Behandlung,
  - b. Teilnahme an regelmäßigen Kontrolluntersuchungen, d. h. im ersten Monat nach Abschluss der Behandlung und anschließend alle sechs Monate, welche notwendige Voraussetzungen für den Behandlungsprozess sind,
  - c. strikter Einhaltung der Empfehlungen für eine gute Mundhygiene.
11. Ich verpflichte mich, die Empfehlungen des Arztes, insbesondere in Bezug auf die Mundhygiene, zu befolgen und an den Kontrolluntersuchungen zu den angegebenen Terminen teilzunehmen .
12. Ich bin darüber informiert worden, dass in der zweiten Behandlungsphase nach der Implantation der prothetische und chirurgische Teil der Nachbehandlung in der Praxis durchgeführt werden sollte, in welcher die Implantation stattfand. Andernfalls übernimmt die Praxis, in der die Implantation durchgeführt wurde, keine Verantwortung für den weiteren Verlauf der Behandlung.
13. Ich nehme zur Kenntnis, dass es während des chirurgischen Eingriffs notwendig sein kann, das Konzept des Eingriffs zu ändern (Erweiterung oder Reduzierung des Umfangs) und erteile hiermit meine Einwilligung zur der notwendigen Änderung des Konzepts des Eingriffs und verpflichte mich, im Falle einer Erweiterung des Eingriffs, die damit verbundenen Kosten gemäß der beigefügten Preisliste zu zahlen.
14. Nach Abwägung aller für mich wichtigen Informationen, in Kenntnis möglicher Komplikationen, treffe ich eine bewusste Entscheidung für den Eingriff.
15. Mir wurden Fälle erläutert, in denen Komplikationen zum Verlust des Implantats führten.
16. Ich nehme zur Kenntnis, dass weder der Arzt noch die Praxis das erwartete Ergebnis der Behandlung garantieren können, das von vielen Faktoren abhängt, darunter von meinen (des Patienten) persönlichen Eigenschaften, meinem (des Patienten) Gesundheitszustand, der Krankengeschichte und meinem (des Patienten) Verhalten nach der Behandlung.
17. Ich weiß, dass das endgültige Ergebnis der Behandlung und seine Dauerhaftigkeit in hohem Maße von meinem (des Patienten) Verhalten in der Zeit nach der Behandlung und später abhängt, insbesondere vom Verzicht auf das Rauchen, das sich sehr negativ auf den Heilungsprozess auswirkt, da das Rauchen eine relative Kontraindikation für die Behandlung darstellt. Sollten wir uns für eine Implantation, eine Regeneration, eine Knochen- und/oder Weichgewebeaugmentation entscheiden, weisen wir Sie darauf hin, dass eine solche Behandlung mit einem höheren Risiko der Abstoßung des Implantats oder der Nichterhaltung des Regenerationsmaterials oder des transplantierten Weichgewebes verbunden ist, wenn Sie ein Raucher sind.
18. Teilnahme an regelmäßigen Kontrolluntersuchungen, d.h. im ersten Monat nach Abschluss der Behandlung und dann alle sechs Monate, welche eine notwendige Voraussetzung für den Erfolg des Behandlungsprozesses ist.
19. Ich verpflichte mich, die Empfehlungen für eine entsprechende Mundhygiene strikt einzuhalten.
20. Ich wurde informiert, dass die Dauer der Integration der Implantate in den Knochen 4-7 Monate beträgt. Für den Fall, dass sie in dieser Zeit entfernt werden müssten, **wurden die Bedingungen und Kosten einer erneuten Implantation mit mir besprochen.**
21. Bei einem implantologischen Eingriff mit zusätzlicher Knochenaugmentation (Regeneration) ist zu beachten, dass bei solchen Eingriffen ein etwas höheres Risiko besteht, insofern das Implantat-oder das Regenerationsmaterial abgestoßen wird. Es gibt keine Diagnosemethode, um die potenzielle Heilungsfähigkeit des Knochengewebes nach der Knochenregeneration zu bestimmen.
22. Der Patient sollte sich bewusst sein, dass einige Elemente verschleifen können und ersetzt werden müssen (Schrauben, Acryl- oder Kompositelemente). Der Ersatz dieser Elemente erfolgt zu den am Tag des Austauschs geltenden Preisen.
23. Die Kosten für prothetische Versorgung auf Implantaten, die aus mechanischen Gründen beschädigt wurden und nicht auf den normalen Gebrauch der prothetischen Versorgung zurückzuführen sind, trägt der Patient in voller Höhe zu den am Tag der Reparatur geltenden Preisen.
24. Die Kosten für eine Reparatur/Behandlung in einer anderen Praxis in Polen oder im Ausland werden nicht übernommen.

25. Der Patient sollte sich darüber im Klaren sein, dass es bei Zahnlücken oder Zahnverlust im Mund zu einer okklusalen Überbelastung kommt, die zum Verlust der Implantate, zu ihrem Bruch oder zum Abplatzen der Keramik (von der prothetischen Versorgung auf dem Implantat, zum Bruch der Abutments) führen kann. Die Zahnlücken sollten sofort geschlossen werden (mit Implantaten, Brücken oder Prothesen). Sollten sie nicht geschlossen werden, tragen wir keine Verantwortung für die Implantate und deren Kronen.
26. Ich bin mir bewusst, dass ich für die Reisekosten zur Durchführung der vorgeschlagenen akzeptierten Behandlung sowie für Kontrolltermine und Besuche, die medizinisch vorgeschrieben sind, selbst aufkommen muss. Zu diesen Kosten gehören unter anderem die Kosten für die Anreise mit dem eigenen Transportmittel, dem Flugzeug, der Bahn usw., die Kosten für die Unterbringung in einem Hotel, einer Pension usw., alle Kosten des Aufenthalts des Patienten und seiner Begleitpersonen für die Zeit, die für eine ordnungsgemäße Behandlung notwendig oder nötig ist. Diese Kosten sind nicht in den Behandlungskosten enthalten und gehen in keiner Weise zu Lasten des Arztes oder der Praxis.
27. Ich erteile meine Einwilligung, dass die oben genannten medizinischen Leistungen in der Praxis durch den betreuenden Arzt und alle anderen Ärzte sowie das medizinische Personal (entsprechend seiner Qualifikation) erbracht werden. Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass unter dem Begriff „Ärzte und medizinisches Personal“ alle Personen gehören, die in dieser Praxis Gesundheitsdienstleistungen erbringen, unabhängig von der Form der Beschäftigung oder der Zusammenarbeit.
28. Ich bin mit der Anwesenheit von Praktikanten oder anderen Ärzten oder Mitarbeitern zu didaktischen Zwecken während der Gewährung medizinischer Leistungen an mich (dem Patienten) einverstanden, sofern sie sich dort mit der Erlaubnis des Praxisleiters aufhalten.
29. Ich erkläre, dass ich Zugang zu der Information über Patientenrechte – auf der Informationstafel – erhalten habe.
30. Ich erkläre, dass ich die Bedingungen für das Ablegen/Hinterlassen von Oberbekleidung im Wartebereich, der ein allgemein zugänglicher Bereich ist, kenne und akzeptiere. Ich nehme zur Kenntnis und akzeptiere, dass die Ärzte und das medizinische Personal mit der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen beschäftigt sind und sich auf diese konzentrieren, so dass sie weder die Kleidung oder andere im Wartezimmer zurückgelassene Gegenstände beaufsichtigen können. Daraus folgt:
  - a. Ich verpflichte mich, keine Aktentaschen, Taschen, Handtaschen, Dokumente, Geldwerte, sonstige Wertgegenstände, Zahlungskarten, Schmuck, Fahrzeug- oder Wohnungsschlüssel oder ähnliche Gegenstände unbeaufsichtigt im Warteraum zu hinterlassen.
  - b. Sollten die oben genannten Gegenstände oder Kleidungsstücke während der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen für mich (den Patienten) vor Verlust geschützt werden müssen, verpflichte ich mich, den Arzt oder das Personal darüber zu informieren und ihnen die oben genannten Gegenstände zur Aufbewahrung in einem anderen als das Wartezimmer, Raum oder in einem verschlossenen Schrank anzuvertrauen.
  - c. Ich verzichte auf die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber der Praxis im Falle des Verlustes von Kleidungsstücken oder anderen Gegenständen aufgrund der Nichteinhaltung der oben genannten Bestimmungen.

Ich erkläre, dass die o. g. Erklärungen für mich vollständig verständlich sind und dass sie den Gegebenheiten entsprechen. Ich erhebe keine Einwände oder Anmerkungen.

In Kenntnis der Vorteile und der möglichen Komplikationen erteile ich meine Einwilligung zur Durchführung des Eingriffs im o. g. Umfang.

#### **Anlagen:**

1. Information über das Verhalten nach Implantation, Augmentation, Sinuslifting
2. Information über ein Aufklärungsgespräch zur Klärung von Fragen im Zusammenhang mit der Implantation
3. Vertrag über die Durchführung **des Einsetzens der Zahnimplantate**
4. Preisliste

---

leserliche Unterschrift des Patienten oder  
seines gesetzlichen Vertreters

Ich erteile meine Einwilligung zur Weitergabe von Informationen über meinen Gesundheitszustand, die Diagnose, vorgeschlagene und mögliche diagnostische und therapeutische Methoden, voraussichtliche Folgen ihrer Anwendung oder ihrer Unterlassung, Ergebnisse der Behandlung und die Prognose an andere Personen, d. h.:

---

leserliche Unterschrift des Patienten oder  
seines gesetzlichen Vertreters

Ich erkläre, dass ich die Informationen zum Schutz personenbezogener Daten gelesen habe.

---

leserliche Unterschrift des Patienten oder  
seines gesetzlichen Vertreters

---

Unterschrift des betreuenden Arztes,  
der die Erklärung des Patienten entgegennimmt

## **Zustimmung zur Verwendung von Fotos oder anderer medizinischen Dokumentationen für wissenschaftliche Publikationen**

Wird die Einwilligung erteilt, so ist das entsprechende Kästchen mit einem „X“ zu markieren und das Unterschriftenfeld mit: Datum, „Ich erteile meine Zustimmung“ sowie der leserlichen Unterschrift des Patienten zu versehen.

### **Ich erteile meine Einwilligung zur:**

Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (die in dieses Formular eintragen werden) von uns, die wir im Zusammenhang mit der Erbringung medizinischer Dienstleistungen zu ihren Gunsten durch unseren Zahnarzt \_\_\_\_\_ zu Ausbildungszwecken bei Fortbildungsveranstaltungen für Zahnärzte sowie für wissenschaftliche Veröffentlichungen erstellen, im nachfolgend genannten Umfang:

Diese Einwilligung umfasst die Verarbeitung personenbezogener Daten, ohne dass Ihr Name veröffentlicht wird, in Form von:

1. Alter
2. Geschlecht
3. Informationen über den Diagnoseprozess,
4. Informationen über den Verlauf des Behandlungsprozesses und die angewandten Behandlungsmethoden
5. Röntgenaufnahmen
6. Fotografische Aufnahmen der Mundhöhle vor, während und nach Abschluss der Behandlung
7. Fotografische Aufnahmen des Gesichts vor, während und nach Abschluss der Behandlung
8. Andere, bitte benennen: \_\_\_\_\_

Sie können Ihre Einwilligung schriftlich widerrufen, und ab dem Zeitpunkt des Eingangs einer solchen Erklärung werden Ihre Daten nicht mehr für die in diesem Formular angegebenen Zwecke verarbeitet.

Ich \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ erteile meine Einwilligung zur Verwendung meiner personenbezogenen Daten im oben genannten Umfang für Ausbildungszwecke im Rahmen der zahnärztlichen Fortbildung und für wissenschaftliche Publikationen.

\_\_\_\_\_  
„Ich erteile die Einwilligung“/Datum/leserliche Unterschrift des Patienten

Sonstige zusätzliche Vereinbarungen/Einwilligungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
„Ich erteile die Einwilligung“/Datum/leserliche Unterschrift des Patienten

Platz für die Metrik der verwendeten Materialien darunter Implantate:

## Information über das Verhalten nach Implantation, Augmentation, Sinuslifting

Für einen besseren Heilungsprozess nach dem Eingriff beachten Sie bitte folgende Hinweise:

- rauchen Sie nicht und trinken Sie keinen Alkohol am Tag der Operation und zwei Tage nach der Operation,
- unternehmen Sie keine körperlichen Anstrengungen,
- essen und trinken Sie erst nach dem Abklingen der örtlichen Betäubung,
- nehmen Sie nur flüssige und weiche Nahrung auf,
- ohne um das Implantat herum beißen,
- pflegen Sie die verbleibenden Zähne durch strenge Mundhygiene,
- spülen Sie den Mund im Wundbereich nur aus; in der Zeit nach dem Eingriff verwenden Sie keine elektrische Zahnbürste im Wundbereich; spülen Sie den Mund nach dem Essen kurz mit kaltem Wasser oder mit einer vom Arzt empfohlenen Mundspülung durch,
- berühren Sie den Implantatbereich nicht mit den Fingern oder der Zunge,
- bei einer möglichen Hämorrhagie wenden Sie sich sofort an einen Zahnarzt,
- es kann zu einer Schwellung im Bereich der Operation, der Wange und des Kinns kommen, die nach einigen Tagen abklingt; diese Symptome können durch kalte Kompressen gelindert werden.

Nach dem Eingriff werden die Implantate in der Regel sofort provisorisch versorgt. Die endgültige Versorgung wird erst 16 bis 28 Wochen nach der Behandlung durchgeführt. Bei biphasischen Implantaten, die mit Nähten verschlossen wurden, d. h., wenn das Implantat nicht aus der Schleimhaut herausragt, werden die Implantate meistens nach Ablauf von 16 bis 28 Wochen mit Einheitschrauben versorgt. Erst danach findet die eigentliche prothetische Rekonstruktion statt.

Es ist wichtig, dass die Implantate gleichmäßig belastet werden. Wenn Sie bemerken, dass sich die provisorische Implantatversorgung (Krone, provisorische Brücke) bewegt (durch einen vorzeitigen Kontakt zwischen den Zähnen), vereinbaren Sie bitte sofort einen Termin bei Ihrem Zahnarzt. Ich erkläre, dass die obige Information für mich verständlich ist und dass ich keine Fragen dazu habe.

---

betreuender Arzt

Ich bestätige den Erhalt der Information.

---

lesbare Unterschrift des Patienten  
oder seines gesetzlichen Vertreters



Stempel des Gesundheitsbetriebs

## **Information über ein Aufklärungsgespräch zur Klärung von Fragen im Zusammenhang mit der Implantation**

### **Liebe Patientin, Lieber Patient,**

Die Untersuchung hat gezeigt, dass durch die Implantation einer oder mehrerer künstlicher Zahnwurzeln (Implantate), Ihre Fähigkeit, Nahrung zu kauen, wiederhergestellt oder verbessert werden kann. Das Einsetzen von Implantaten kann auch aus ästhetischen Gründen in Betracht gezogen werden. Nach der Osteointegration (Verschmelzung mit dem Knochen) werden die Implantate zur Befestigung von Kronen, Brücken oder Prothesen dienen.

Implantate, die aus Titan gefertigt sind, können mehr als zehn Jahre lang funktionieren. Es ist jedoch nicht möglich, eine solche Garantie zu erteilen. Der für Sie am besten geeignete Implantattyp wird nach einer entsprechenden Vermessung und Untersuchung der Kiefer ausgewählt.

Unter lokaler Betäubung, selten unter Vollnarkose, wird das Zahnfleisch im Bereich des geplanten Implantats geöffnet, um den Knochen freizulegen. Mit Hilfe von Bohrern wird ein Bett geschaffen, in welches das Implantat eingesetzt wird. Das Implantat kann direkt an der Stelle des verlorenen Zahns eingesetzt werden. Zum Schluss wird das Zahnfleisch genäht.

Manchmal stellt sich während der Operation heraus, dass eine Implantation nicht möglich ist. Der Eingriff wird dann abgebrochen und die Wunde mit Nähten verschlossen.

Im Normalfall dauert es 4 bis 7 Monate, bis die Einheilung des Implantats abgeschlossen ist. Während dieser Zeit darf das Implantat an dieser Stelle nicht belastet werden, man sollte an dieser Stelle auch nicht kauen, damit die Einheilung des Implantats nicht beeinträchtigt wird. Nach der Einheilung des Implantats kann es notwendig sein, einen plastisch-chirurgischen Eingriff an dem Zahnfleisch über dem Implantat vorzunehmen, um eine implantatprothetische Versorgung durchzuführen. Unter günstigen anatomischen und okklusalen Bedingungen und unter Beachtung der entsprechenden Vorgehensweise können sofortige Implantate eingesetzt und sofort belastet werden.

Kein Arzt kann den Erfolg seiner Behandlung garantieren oder das Auftreten von Risiken ausschließen. Allgemeine Risiken bei dieser Art von operativen Eingriffen, wie z. B. Infektionen, treten selten auf. Dank dem medizinischen Fortschritt können wir ihnen im Voraus entgegenwirken. Nach dem Eingriff kann es zu einer vorübergehenden Schwellung der Wange oder der Lippen kommen. Postoperative Schmerzen sind selten.

Manchmal ist es notwendig, den Hohlraum der Kieferhöhle, der sich in der Nähe der Implantatstelle befindet, zu öffnen. In den meisten Fällen wird das Implantat ohne schädliche Folgeerscheinungen integriert. Sehr selten kommt es zu einer Entzündung der Nasenhöhle oder der Nasennebenhöhle, die ggf. behandelt werden muss.

Im Bereich der Unterkiefermolaren kann es in seltenen Fällen zur Beschädigung des Nervus alveolaris inferior kommen. Sehr selten kann es zu einer dauerhaften sensorischen Störung der Unterlippe (Taubheit) kommen. Die Beweglichkeit der Lippen wird jedoch nicht beeinträchtigt.

In Einzelfällen werden die Implantate abgestoßen. Es kommt während der Einheilung zu einer übermäßigen Mobilität und sie müssen entfernt werden oder die Implantation wird wiederholt.

**Um dieses Risiko so weit wie möglich zu minimieren, beantworten Sie bitte folgende Fragen:**

1. Sind Sie krank?

- JA  
 NEIN

Wenn ja, benennen Sie bitte die Krankheiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Haben Sie eine Allergie (z.B. Heuschnupfen, Allergie gegen bestimmte Lebensmittel, z. B. Obst, Medikamente, Pflaster, Lokalanästhetika, Metalle)?

- JA  
 NEIN

Wenn ja, listen Sie bitte auf, wogegen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Wie haben Sie bisher die Betäubungsspritzen bei Zahnextraktion oder bei anderen therapeutischen zahnärztlichen Eingriffen vertragen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Besteht eine erhöhte Blutungsneigung auch bei kleinen Verletzungen oder nach Zahnextraktion?

- JA  
 NEIN

Falls JA, geben Sie bitte an, ob die Blutung spontan aufhört und nach welcher Zeit und ob sie die Verabreichung von Medikamenten erfordert (welchen):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Nehmen Sie ständig/häufig Medikamente ein?

Wenn JA, welche und wie oft:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Ausführliche Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten werden vom Arzt in die Krankenakte des Patienten eingetragen.**

Bitte am Tag der Implantation und in den folgenden zwei Tagen:

- nicht rauchen
- keinen Alkohol trinken
- keine körperlichen Anstrengungen unternehmen
- das Sprechen einschränken
- nur flüssige und weiche Nahrung zu sich nehmen
- nach dem Essen den Mund kurz mit kaltem Wasser oder mit einer vom Arzt verschriebenen Mundspülung ausspülen
- den Implantatbereich nicht berühren
- für Mundhygiene sorgen

Injektionen zur örtlichen Betäubung können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Sofern Ihr Arzt Ihnen nichts anderes empfiehlt, sollten Sie 2 bis 6 Stunden nach der Injektion auf das Führen von Kraftfahrzeugen aller Art oder das Radfahren verzichten. In den ersten 4 Wochen nach der Implantation verzichten Sie bitte auf Leistungssport und vermeiden Sie extreme klimatische Belastungen (Skifahren, Reisen in tropische Länder).

Bitte vereinbaren Sie sofort einen Termin, falls Sie ungewöhnliche Empfindungen an der Implantationsstelle bemerken.

Die Mundhygiene hat einen entscheidenden Einfluss für den Erfolg der Behandlung. Nur wenn Sie bereit sind, Ihre Zähne und den Bereich um das Implantat nach jeder Mahlzeit gründlich zu reinigen, kann der Erfolg der Implantation gewährleistet werden. Auf die hygienischen Maßnahmen darf in Zukunft nicht verzichtet werden.

**Ich erkläre, dass der Arzt heute mit mir ein Aufklärungsgespräch in Anlehnung an die oben genannten Informationen durchgeführt hat, bei dem ich sämtliche Antworten auf alle Fragen, die mich interessieren, erhalten konnte.**

**Ich habe keine weiteren Fragen und benötige keine zusätzliche Zeit zum Überlegen.**

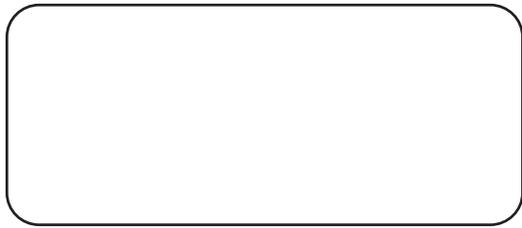
**Hiermit stimme ich der vorgeschlagenen Behandlung zu.**

---

Unterschrift des betreuenden Arztes

---

lesbare Unterschrift des Patienten



Stempel des Gesundheitsbetriebs

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

## Vertrag über Durchführung des Einsetzens der Zahnimplantate

vereinbart \_\_\_\_\_ zwischen \_\_\_\_\_,

Adresse, \_\_\_\_\_ vertreten durch \_\_\_\_\_

die Miteigentümer, nachstehend PRAXIS genannt,

und

Vorname und Nachname: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

nachfolgend „PATIENT“ genannt.

### § 1

Der PATIENT beauftragt und die PRAXIS nimmt den Auftrag zur Durchführung des implantologischen Eingriffs an, dessen Umfang in der „Einwilligung des Patienten“ vom \_\_\_\_\_ beschrieben wurde.

### § 2

Wie in der „Einwilligung des Patienten“ erläutert, übernimmt die PRAXIS keine Garantie für das erwartete Ergebnis der Behandlung, das von einer Reihe von Faktoren abhängt. U. a. von des Schweregrades der Erkrankung, den persönlichen Eigenschaften des Patienten, dem allgemeinen Gesundheitszustand und vor allem von der Reaktion des Patienten auf das angewandte Verfahren und die Maßnahmen. Die PRAXIS verpflichtet sich, die geplante Rekonstruktion des Kauapparats im Rahmen einer Verfahrensweise, die dem Stand der Wissenschaft entspricht, und unter Einhaltung des vereinbarten Umfangs gewissenhaft zu realisieren.

### § 3

Die Vergütung der PRAXIS beträgt \_\_\_\_\_ und ist per Überweisung/Barzahlung bis zum \_\_\_\_\_ zu begleichen.

### § 4

Der PATIENT verpflichtet sich, die vereinbarten Kosten für die geplanten medizinischen Eingriffe und die Kosten für die verwendeten Materialien gemäß der beigefügten Preisliste oder in Anlehnung an andere schriftliche Vereinbarungen vollständig zu bezahlen und die in den oben genannten Punkten beschriebenen zusätzlichen Kosten zu übernehmen.

### § 5

Sollte es während des chirurgischen Eingriffs notwendig sein, das Konzept des Eingriffs zu ändern, indem der Umfang des Eingriffs erweitert wird oder zusätzliche Mittel (Materialien) verwendet werden, verpflichtet sich der PATIENT, die damit verbundenen Kosten für die medizinischen Verfahren und die verwendeten Materialien gemäß der beigefügten Preisliste zu übernehmen.

## § 6

Der PATIENT verpflichtet sich, die zusätzlich durchgeführten (überplanmäßigen) medizinischen Eingriffe zu bezahlen und die Kosten für die zusätzlichen Materialien zu übernehmen, innerhalb von 14 Tagen nach der Durchführung des Eingriffs.

## § 7

Sollte es während eines chirurgischen Eingriffs notwendig sein, das Konzept des Eingriffs zu ändern, indem der Umfang des Eingriffs reduziert wird, verpflichtet sich die PRAXIS, die Kosten für die nicht durchgeführten medizinischen Eingriffe und die damit verbundenen Kosten gemäß der beigefügten Preisliste zurückzuerstatten.

## § 8

Für den Fall, dass die Behandlung ganz oder teilweise aus den Mitteln der anderen gesetzlichen oder privaten Krankenkassen oder durch Entschädigungen oder Leistungen von Versicherungsgesellschaften oder anderen Einrichtungen oder Personen finanziert werden könnte, verpflichte ich mich, die Kosten für die durchgeführten medizinischen Eingriffe selbst zu tragen, ohne den Anspruch an die PRAXIS, in der die Behandlung durchgeführt wird, abzutreten.

## § 9

Bei unfristgemäßer Bezahlung der durchgeführten Eingriffe oder der Kosten, die der Praxis/dem Arzt im Zusammenhang mit dem Eingriff entstanden sind, verpflichte ich mich, ohne weitere Aufforderung, zur Zahlung der gesetzlichen Verzugszinsen.

## § 10

Sollte es notwendig sein, die Implantate während der Zeit der Integration der Implantate in den Knochen (4-7 Monate nach dem Eingriff) oder danach, zu entfernen, verpflichtet sich der PATIENT, die Kosten für die Entfernung der Prothetik und der Implantate sowie für eine eventuelle, neu vereinbarte Nachbehandlung gemäß der Preisliste der PRAXIS zu übernehmen.

## § 11

In unregelmäßigen Angelegenheiten finden die einschlägigen Bestimmungen des Zivilgesetzbuches Anwendung.

## § 12

Der Vertrag tritt am Tag seiner Unterzeichnung in Kraft.

## § 13

Der PATIENT kann den Vertrag jederzeit kündigen. Er ist jedoch verpflichtet, der PRAXIS die Kosten zu erstatten, die ihr zur ordnungsgemäßen Erfüllung des Auftrags entstanden sind, einschließlich des Teils der Vergütung, der den bisher realisierten Aufgaben entspricht, und falls die Kündigung ohne triftigen Grund erfolgte, auch den entstandenen Schaden zu ersetzen.

Die PRAXIS kann den Vertrag jederzeit kündigen. Erfolgt die Kündigung jedoch ohne triftigen Grund, so ist die PRAXIS schadenersatzpflichtig.

## § 14

Der Vertrag wurde in zwei gleichlautenden Exemplaren ausgestellt, je eines für jeden Partner.

Unterschriften der Vertragspartner

---

PRAXIS

---

PATIENT  
leserliche Unterschrift