
Einverständniserklärung

Patient / -in: geb.:

Geplanter Eingriff:

Über den bei mir / meiner Tochter / meinem Sohn / meinem Angehörigen geplanten chirurgischen Eingriff habe ich mit Dr. med. dent. _____ ein ausführliches und verständliches Aufklärungsgespräch geführt. Dabei wurde ich über Art, Zweck und Hergang des Eingriffs sowie über seine wesentlichen Vor- und Nachteile und Risiken eingehend unterrichtet. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet.

Ich bin über die nachstehenden Nebenwirkungen und Operationsrisiken informiert worden:

- Postoperative Schmerzen, Schwellung, Nachblutung
- Wundinfektion / verzögerte Wundheilung, Spätinfektion (meist durch Speisereste in der Wunde)
- Gefühlsstörung / Gefühlsverlust und eventuell Geschmacksstörung im Bereich der Lippe und / oder Zunge (durch die Lage des Unterkiefernerfs können auch bei korrektem Vorgehen vorübergehende oder sehr selten dauerhafte Gefühlsstörungen vorkommen)
- Kieferklemme (schwellungsbedingte Mundöffnungsbehinderung)
- Eröffnung / Entzündung der Kieferhöhle
- Gefahr des Unterkieferbruchs
- Überempfindliche Zahnhälse, Beschädigung von Nachbarzähnen/-füllungen
- Bei Zahnentfernungen: Abbrechen feiner Wurzelspitzen (evtl. Belassen, wenn diese sehr klein sind und die Gefahr der Schädigung von Nachbarstrukturen gross ist)
- Unverträglichkeiten / allergische Reaktion auf Medikamente
- Sonstiges: _____

Nach diesem Gespräch erteile ich meine Zustimmung zu dem geplanten Eingriff und erkläre mich auch mit jetzt nicht erkennbaren Erweiterungen und erforderlichen Änderungen des Eingriffs einverstanden.

Über das erforderliche Verhalten vor und nach der Operation wurde ich eingehend mündlich und schriftlich informiert. Ich habe keine weiteren Fragen.

St.Gallen, _____

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Zahnarzt / Dentalassistentin