
Einverständniserklärung Implantation

Patient / -in: geb.:

Geplanter Eingriff:

Über die bei mir / meiner Tochter / meinem Sohn geplante Implantation habe ich mit Dr. med. dent. _____ nach genauer Untersuchung ein ausführliches und verständliches Aufklärungsgespräch geführt.

Dabei wurde ich über Art, Zweck und Hergang bei einem implantatchirurgischen Eingriff informiert sowie über seine wesentlichsten Vor- und Nachteile und Risiken unterrichtet. Ich bin umfassend darüber aufgeklärt worden, dass wie bei jedem chirurgischen Eingriff, jeder örtlichen Betäubung oder sonstigen Medikamentengabe Risiken bestehen und Komplikationen auftreten können. Insbesondere bin ich über die nachstehenden Nebenwirkungen und Operationsrisiken aufgeklärt worden:

- Schwellung, postoperative Schmerzen, Nachblutung, Hämatom
- Gefühlsstörungen / Gefühlsverlust im Bereich der Lippe, Wange, Kinn oder Zähne
- Gefühlsstörungen / Gefühlsverlust und eventuell Geschmacksstörung im Bereich der Zunge. Die exakte Dauer dieser Beeinträchtigung ist nicht vorauszusehen und kann in seltenen Fällen auch dauerhaft sein.
- Kieferklemme (schwellungsbedingte Mundöffnungsbehinderung)
- Eröffnung der Kieferhöhle
- Gefahr des Unterkieferbruchs
- allergische Reaktionen auf Medikamente und Anästhetika
- Infektionen der Wunde oder des benachbarten Gewebes, Wundheilungsstörungen, infektionsbedingter Verlust des Implantates und / oder des Knochenaugmentates
- Sonstiges: _____

Alle alternativ möglichen Therapiekonzepte wie konventioneller Zahnersatz sind mir vergleichend erklärt worden.

Ich bin darüber informiert worden, dass der Heilungsverlauf individuell sehr unterschiedlich sein kann. Die weitere Behandlung richtet sich nach dem Heilverlauf.

Bei mir wird ein zweiphasiges Implantat eingesetzt, das heisst, dass die Einheilphase ohne Belastung 2 bis 3 Monate, in Ausnahmefällen auch wesentlich länger beträgt. In dieser Zeit bleibt das Implantat unter der Schleimhaut oder auf Schleimhautniveau unbelastet und somit ohne Krone, Brücke oder Prothese. Je nach Situation kann ein provisorischer Zahnersatz vorgängig angefertigt werden.

Ich bin darüber informiert worden, dass keine Erfolgsgarantie für Implantate gegeben werden kann. Im Falle eines Misserfolges muss das Implantat entfernt werden. Den Zeitpunkt der Entfernung bestimmt mein Zahnarzt. Weiter wurde ich darüber aufgeklärt, dass

- eine äusserst exakte Mundhygiene für einen langfristigen Erfolg zwingend ist. Den implantologischen Erfolg werde ich durch eine optimale Mundhygiene und regelmässige Kontrollen mit professioneller Zahnreinigung wesentlich unterstützen.
- Rauchen, übermässiger Alkoholgenuss und parafunktionelle Belastungen wie z. Bsp. Knirschen den Erfolg meiner Implantate wesentlich beeinträchtigen können.
- regelmässige Kontrollröntgenaufnahmen sinnvoll und notwendig sind

Ich habe den ärztlichen Fragebogen gewissenhaft ausgefüllt und meinen Zahnarzt über alle zahnmedizinischen und medizinischen Hintergründe informiert.

Über das erforderliche Verhalten vor und nach dem Eingriff wurde ich mündlich und schriftlich instruiert. Ich fühle mich eingehend und umfassend über die bei mir geplante Behandlung informiert und habe keine weiteren Fragen.

Ich gebe hiermit, nach Abwägen der ebenfalls besprochenen Risiken, meine Einwilligung zur Durchführung des beschriebenen Eingriffs.

St. Gallen, _____

Unterschrift Patient / Sorgeberechtigte

Unterschrift Zahnarzt / Dentalassistentin