



# ZAHNÄRZTLICHE TAGESKLINIK

*Dr. J. Eichenseer & Kollegen*

Patient:

**Aufklärender Arzt:** .....

**Vorgesehene Maßnahme:**

**Probe-Exzision**

## Einwilligung in den zahnärztlichen Eingriff

Ich wurde darüber unterrichtet, dass die oben genannte Maßnahme bei mir durchgeführt werden soll. Über Art, Zweck und Hergang des Eingriffes, sowie über seine wesentlichen Vor- und Nachteile und Risiken, auch im Vergleich zu anderen Methoden der Untersuchung, Behandlung, Operation und zum Unterlassen des Eingriffes wurde ich ausreichend informiert.

Mir ist bekannt, dass sich unter Umständen eine Erweiterung des Eingriffes und eine Erweiterung oder Änderung der geplanten Maßnahmen erst intraoperativ als notwendig herausstellen kann. Ich bin auf mögliche körperliche, seelische und berufliche Komplikationen in der Zeit nach dem Eingriff hingewiesen worden. Desweiteren wurde ich über folgende mögliche Komplikationen aufgeklärt:

- Schwellungen, Nachblutungen sowie Schmerzen
- Wundheilungsstörungen
- Infektionen

Besondere Probleme bei mir kamen ausführlich zur Sprache, insbesondere:

.....

Meine Fragen wurden ausführlich beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht bzw. erfolgte soweit ich es wünschte. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung widerrufen kann.

Ich erkläre mich mit der vorgesehenen Maßnahme und Methode, sowie mit erforderlichen Erweiterungen und Änderungen einverstanden. Ich bin darüber unterrichtet worden, dass unter Umständen Photodokumentationen meiner Operation erfolgen und erkläre mich damit einverstanden. Ich versichere, dass ich in der Krankengeschichte alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Über das erforderliche Verhalten vor und nach dem Eingriff wurde ich belehrt, insbesondere über:

.....

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich einen Termin mindesten 24 Stunden vorher absagen muss, falls ich diesen nicht wahrnehmen kann. Mir ist bewusst, dass ich im Falle eines unentschuldigtem Fehlens, sowie einer verspäteten Terminabsage eine Ausfallgebühr in Höhe von 50 € zu entrichten habe.

....., den .....

.....  
Unterschrift des Patienten

.....  
Unterschrift des Arztes