

Erklärung (gesetzlich vorgeschrieben)

Hiermit erkläre ich, _____ (Patient/in), dass die bei mir durchzuführende Implantation eines oder mehrerer Implantate aus Titan- und/oder Zirkon in den Kiefer auf eigenen Wunsch vorgenommen wird. Von meinem behandelnden Zahnarzt bin ich auf die Möglichkeiten konventioneller prothetischer Lösungen hingewiesen worden.

Ebenso wurde ich über Art und Umfang sowie mögliche Komplikationen des vorgesehenen Eingriffs von meinem Zahnarzt informiert.

Außerdem hat mich mein behandelnder Zahnarzt darüber aufgeklärt, dass nur eine gründliche Mundhygiene und regelmäßige professionelle Zahnreinigung einen langfristigen Erfolg der Implantation versprechen (mindestens 3x jährlicher Kontrollbesuch).

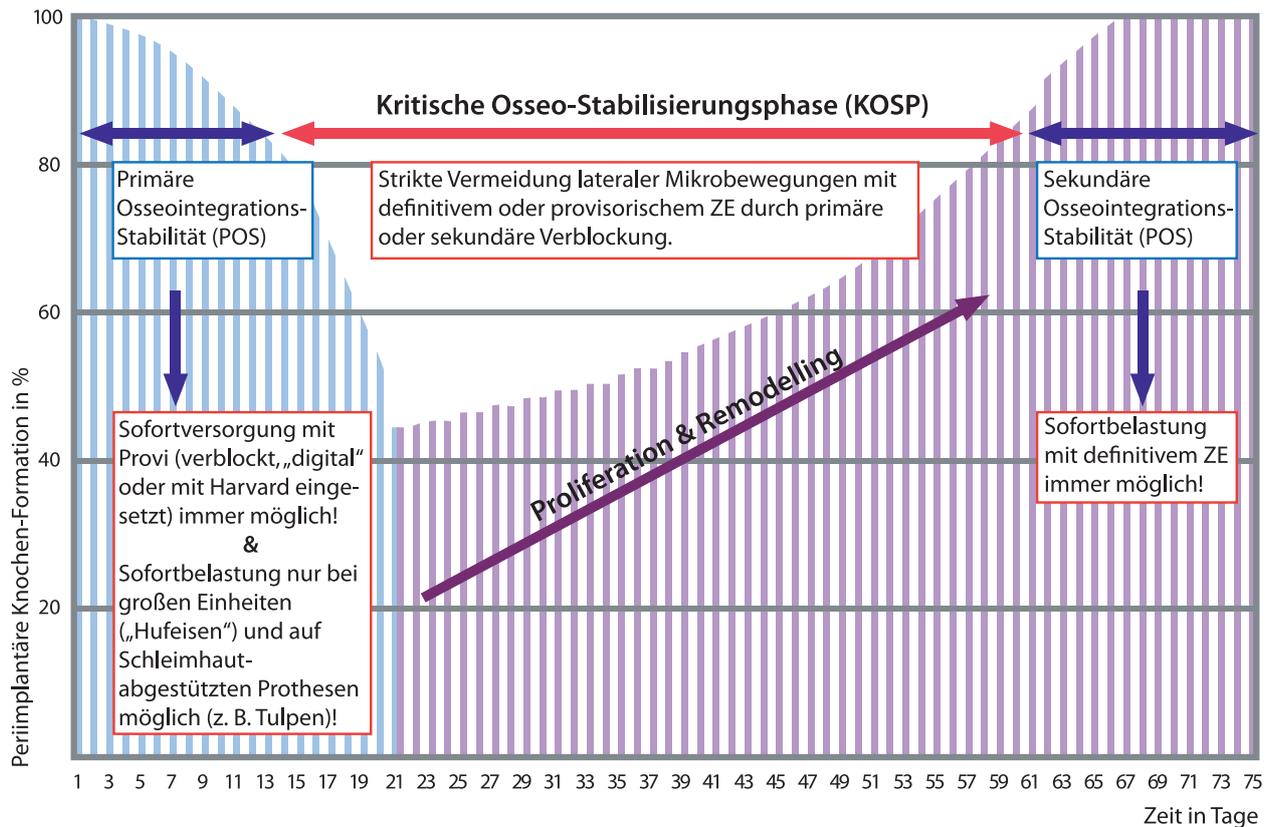
Bemerkung:

Nachdem der/die Patient/in _____ über eine alternative Zahnersatzplanung aufgeklärt wurde, hat er/sie sich nunmehr für eine Zahnimplantation entschieden.

Der Patient/die Patientin ist außerdem informiert worden, dass er/sie die Kosten für die Implantation von seiner/ihrer Krankenkasse, Versicherung bzw. Beihilfe möglicherweise nicht oder nur teilweise erstattet bekommt.

Ort/Datum: _____ Unterschrift Zahnarzt/in: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____



Eine Aufklärung des/der Patienten/in _____ (Name, Vorname)

erfolgte am : ____ . ____ . 20 ____

durch _____

Die wichtigsten Punkte der „Champions“-Zeitgrafik:

- Die Wochen zwei bis acht nach der Operation sind bei einteiligen Systemen in Sofortbelastung als die kritischste Phase anzusehen.
- Gerade in dieser Zeit sollte der/die Patient/in beim Essen Vorsicht walten lassen und extensive Kaubewegungen auf den Implantaten unterlassen. Große, seitlich ausgeführte Kräfte sind zu vermeiden: „Essen Sie nur das, was Sie mit der Zunge zerkleinern können“ sollte gerade in dieser Zeit unbedingt beachtet werden!
- Eine gute Mundhygiene und regelmäßige Teilnahme an professionellen Zahnreinigungen durch qualifiziertes Fachpersonal sind unabkömmlich für einen langfristigen Erfolg einer jeden Implantat-Behandlung.

Unterschrift des/der behandelnden Zahnarztes/Zahnärztin: _____

Unterschrift des/der Patienten/Patientin _____