

Aufklärungsblatt Zahnimplantationen

Implantat-Region(en):

Allgemeine Risiken

Neben einer bei allen operativen Eingriffen möglichen Wundheilungsstörung und Wundinfektion ist ein frühzeitiger Implantatverlust durch diese Komplikationen möglich. Ein Abbruch der Implantatbehandlung wegen nicht ausreichender Knochenverankerung, Schonung wichtiger Strukturen oder allgemeinmedizinischer Gründe ist denkbar.

Weitere mögliche Risiken und Operationsfolgen stellen in Ihrem Fall dar:

Schwellung, Blutergussbildung: nein gering mittel hoch

Weichteil- und Muskelverletzung: nein gering mitte hoch

Schädigung eines Nachbarzahns: nein gering mittel hoch

Empfindungsstörungen in der Operationsregion: nein gering mittel hoch

Raucher/-in: erhöhtes Risiko der Nichteinheilung und des vorzeitigen Implantatverlusts

Spezielle Risiken bei der Implantation im Unterkiefer:

Verletzung des Nervus alveolaris inferior, N. mentalis mit dem möglichen Verlust der Gefühlsempfindung der vorderen Lippen-Kinnregion der betroffenen Seite: nein gering mittel hoch

Verletzung des N. lingualis (Zungennerv) mit dem möglichen Verlust der Gefühls- und Geschmacksempfindung der vorderen 2 Drittel der betroffenen Zungenseite: nein gering mittel hoch

Bruch des Unterkiefers/des Alveolarkamms: nein gering mittel hoch

Spezielle Risiken bei der Implantation im Oberkiefer:

Kieferhöhleneröffnung: Infekt. d. Kieferhöhle; Blut. i. d. Kieferhöhle: nein gering mittel hoch

Perforation d. Nasenbodens: Infektion, Blutung Nasenbodenregion: nein gering mittel hoch

Weitere Risiken:

Ein Knochenaufbau ist notwendig: nein eventuell wahrscheinlich sicher

Art und Umfang:

Verwendete Materialien:

Implantatsystem: Membran:

Knochenersatzmaterial: Andere:

Die Risiken der Behandlung, alternative Behandlungsmöglichkeiten sowie die entstehenden Kosten sind mir in einem individuellen Gespräch und auf meine Situation bezogen verständlich erklärt worden. Ich willige in den Eingriff ein, weitere Fragen bestehen nicht.

Datum

Patient

Behandler

Anmeldung

Patient

Name: Vorname: geb:

Straße: PLZ/Ort:

Tel Nr: oder (Arbeitsstelle)

Krankenkasse: Beruf:

Die Praxis wurde mir empfohlen von:

Versicherter

Name: Vorname: geb:

Straße: PLZ/Ort:

Arbeitgeber:

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

- Asthma
- Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen
- Herzerkrankungen (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Gelbsucht, Leberkrankheiten (Hepatitis)
- Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen
- Ohnmachts- oder Krampfanfälle, Schlaganfall
- Rheuma
- HIV positiv

2. Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen, welche?

3. Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine Tumorthherapie oder Osteoporose-Therapie?
.....

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche?

5. Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Ungewiss

6. Sind Sie Raucher? Wenn ja: Wie viele Zigaretten pro Tag?

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden.

Datum

Unterschrift

Erklärung (gesetzlich vorgeschrieben)

Hiermit erkläre ich, (Patient/ in),
dass die bei mir durchzuführende Implantation eines oder mehrere Zirkon und Titanimplantate in den Kiefer auf eigenen Wunsch
vorgenommen wird. Von meinem behandelnden Zahnarzt bin ich auf die Möglichkeiten konventioneller, prothetischer Lösung
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 1 x jährlicher Kontrollbesuch).

Bemerkung:

.....

.....

.....

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

Der Patient/in 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.

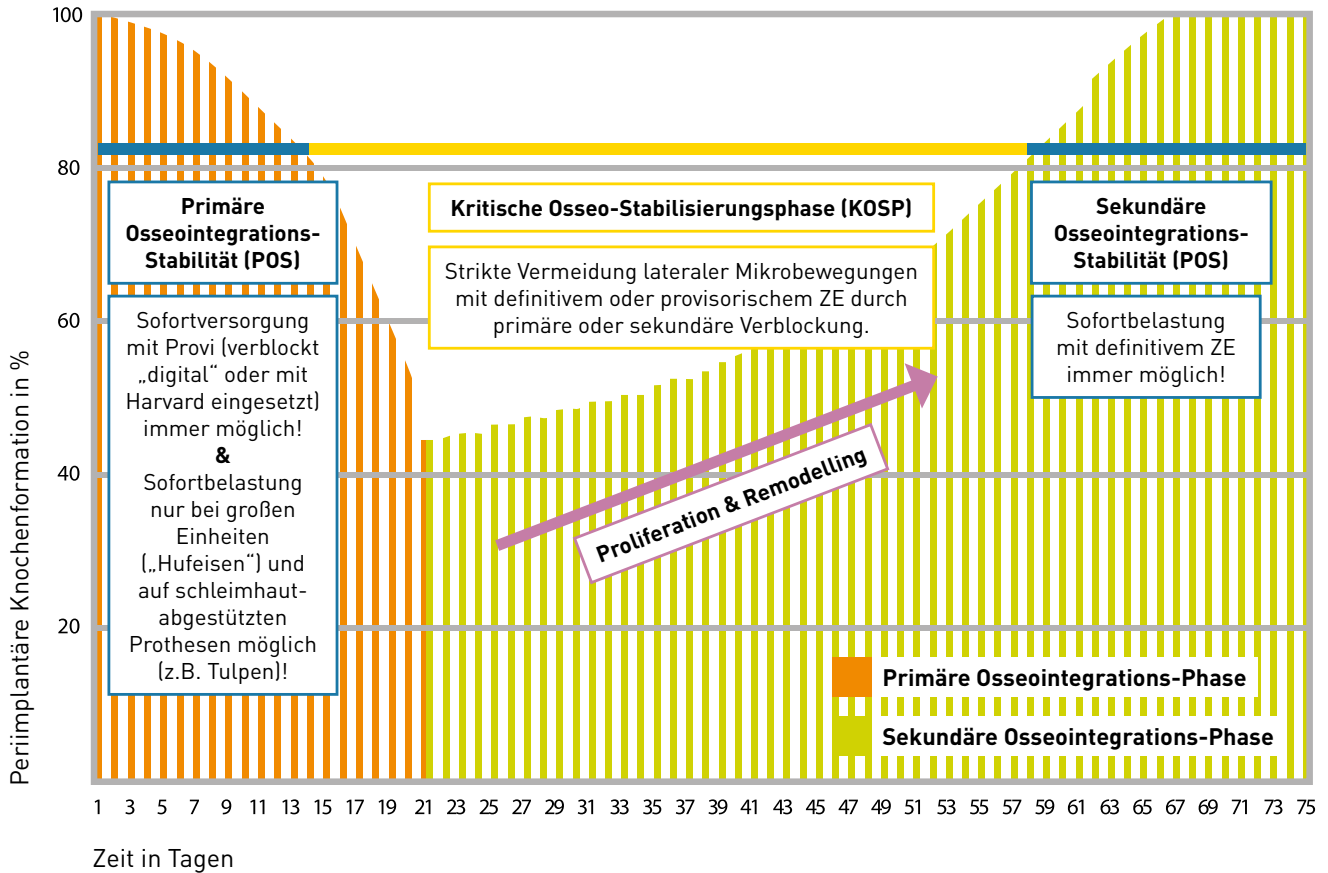
Ort/Datum: Unterschrift Zahnarzt/in:

Ort/Datum: Unterschrift Patient/in:

Eine Aufklärung der/s Patientin/en (Name, Vorname)

Erfolgt 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 kritische 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 kleinkriegen“ 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.

Ort/Datum: Unterschrift Zahnarzt/in:

Ort/Datum: Unterschrift Patient/in: