



SANFT | STRESSFREI | KOMPETENT



ZAHNARZTPRAXIS  
MICHALIDES  
& LANG

Jupiterstraße 1  
28816 Stuhr/Bremen

Telefon: +49 (0) 4 21-5 79 52 52  
Fax: +49 (0) 4 21-5 79 52 55

E-Mail: [info@zahnärzte-stuhr.de](mailto:info@zahnärzte-stuhr.de)  
Internet: [www.zahnärzte-stuhr.de](http://www.zahnärzte-stuhr.de)

ANAMNESE-/AUFKLÄRUNGSDOKUMENT  
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG



## ANAMNESE-/AUFKLÄRUNGSDOKUMENT, EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR EINE ZAHNÄRZTLICHE IMPLANTOLOGISCHE BEHANDLUNG

Ausgehändigt am \_\_\_\_\_

an  Patientin/Patienten  an \_\_\_\_\_

durch \_\_\_\_\_  
(Unterschrift Behandler) (Unterschrift Helfer/in)

### I. WICHTIGE HINWEISE FÜR PATIENT/IN

1. Sämtliche diagnosebezogenen Angaben unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht.
2. Bitte füllen Sie den Fragebogenteil sehr sorgfältig und vollständig aus.
3. Machen Sie bitte alle Angaben wahrheitsgemäß und nicht beschönigend. Die Angaben dienen ausschließlich einer sorgfältigen und zutreffenden Diagnose. Sie helfen bestehende Behandlungsrisiken zu erkennen, zu minimieren und/oder auszuschalten.
4. Wenn Sie sich hinsichtlich einzelner Fragen nicht sicher sind, was Sie eintragen sollen oder Fragen nicht verstehen oder sonstigen Aufklärungsbedarf haben, bitten Sie den Behandler um ergänzende Erläuterungen.
5. Wenn Sie Fragen nicht oder nicht zutreffend beantworten, kann dies gravierende Auswirkungen auf den Behandlungserfolg haben und Behandlungsprobleme mit sich bringen.



## II. ANAMNESE

### 1. PERSÖNLICHE DATEN:

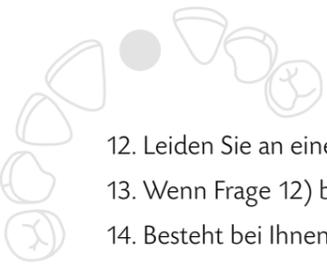
- 1.1. Name \_\_\_\_\_ 1.2. Vorname \_\_\_\_\_  
 1.3. Adresse \_\_\_\_\_  
 1.3.1. Straße \_\_\_\_\_ 1.3.2. Hausnummer \_\_\_\_\_  
 1.3.3. Postleitzahl \_\_\_\_\_ 1.3.4. Wohnort \_\_\_\_\_  
 1.4. Geburtsdatum \_\_\_\_\_ 1.5. Familienstand \_\_\_\_\_  
 1.6. Beruf \_\_\_\_\_ 1.7. Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
 1.8. Krankenkasse \_\_\_\_\_  
 1.9. Telefon \_\_\_\_\_ 1.9.1. privat \_\_\_\_\_  
 1.9.2. geschäftlich \_\_\_\_\_ 1.9.3. mobil \_\_\_\_\_  
 1.10. E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
 1.11. Hausarzt \_\_\_\_\_  
 1.12. Wird die Behandlung durch Dritte bezahlt  ja  nein  
 1.13. Wenn Frage 1.12) bejaht wird, durch wen (Name, Vorname, Adresse): \_\_\_\_\_

1.14. Bei geschäftsunfähigen oder nicht voll geschäftsfähigen Patienten:  
Vollständige Angabe der gesetzlichen Vertreter:

- 1.14.1. Nachname \_\_\_\_\_ 1.14.2. Vorname \_\_\_\_\_  
 1.14.3. Straße \_\_\_\_\_ 1.14.4. Hausnummer \_\_\_\_\_  
 1.14.5. Postleitzahl \_\_\_\_\_ 1.14.6. Wohnort \_\_\_\_\_  
 1.14.7. Telefon \_\_\_\_\_ 1.14.8. privat \_\_\_\_\_  
 1.14.9. geschäftlich \_\_\_\_\_ 1.14.10. mobil \_\_\_\_\_  
 1.14.11. E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

### 2. DIAGNOSTISCHE FRAGEN:

1. Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? \_\_\_\_\_  
 2. An welchem Körperteil? \_\_\_\_\_  
 3. Verfügen Sie über einen Röntgenpass?  ja  nein  
 4. Falls Frage 3) bejaht wird, ist eine Kopie des Röntgenpasses beizufügen.  
 5. Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
 6. Wenn Frage 5) bejaht wird, welche? \_\_\_\_\_  
 7. Haben Sie Allergien oder Überempfindlichkeiten?  ja  nein  
 8. Wenn Frage 7) bejaht wird, welche? \_\_\_\_\_  
 9. Haben Sie Kreislaufstörungen?  ja  nein  
 10. Leiden Sie unter zu hohem Blutdruck?  ja  nein  
 11. Leiden Sie unter zu niedrigem Blutdruck?  ja  nein



12. Leiden Sie an einer Herzerkrankung?  ja  nein

13. Wenn Frage 12) bejaht wird, an welcher? \_\_\_\_\_

14. Besteht bei Ihnen nach Ihrer Kenntnis ein erhöhtes Thromboserisiko?  ja  nein

15. Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

16. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

16.1. Zuckerkrankheit/Diabetes  ja  nein

16.2. Infektionen  ja  nein

16.3. Wenn Frage 16.2) bejaht wird, an welchen? \_\_\_\_\_

---

16.4. HIV/AIDS  ja  nein

17. Haben oder hatten Sie jemals Hepatitis?  ja  nein

18. Leiden Sie unter chronischen Krankheiten?  ja  nein

19. Wenn Frage 18 bejaht wird, an welchen? \_\_\_\_\_

---

20. Ist es bei Ihnen in der Vergangenheit bei örtlichen Betäubungen oder Narkosen zu Komplikationen gekommen?  ja  nein

21. Wenn Frage 20. bejaht wird, zu welchen? \_\_\_\_\_

22. Rauchen Sie?  ja  nein

23. Wenn Frage 23) bejaht wird, wie viele Zigaretten/Zigarren rauchen Sie täglich? \_\_\_\_\_

24. Sind Sie schwanger?  ja  nein

25. Stillen Sie?  ja  nein

26. Haben Sie Knochenerkrankungen (z. B. Osteoporose)?  ja  nein

27. Haben Sie eine Blutkrankheit/erhöhte Blutungsneigung?  ja  nein

28. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein

29. Falls Frage 28 bejaht wird, welche Menge/Tag \_\_\_\_\_

30. Sind Sie Rauschgiftsüchtig?  ja  nein

31. Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt?  ja  nein

32. Falls Frage 31 bejaht wird, wann und weshalb? \_\_\_\_\_

---

32. Haben oder hatten Sie jemals Probleme mit Ihrem Kiefergelenk?  ja  nein

33. Haben Sie Problem mit Ihrer Aussprache/Sprachstörungen?  
(Lispeln, Zischen, etc. ..)  ja  nein



### III. AUFKLÄRUNG ÜBER RISIKEN BEI ZAHNÄRZTLICH - IMPLANTOLOGISCHEN BEHANDLUNGEN

#### 1. ALLGEMEINES

Die zahnärztlich implantologische Behandlung besteht in der Einpflanzung einer oder mehrerer künstlicher Zahnwurzel/n in Ihren Kiefer. Die implantierte/n Zahnwurzel/n dienen nach erfolgreicher Behandlung als Befestigung des bei Ihnen geplanten Zahnersatzes.

Sie werden hiermit über die Risiken und Folgen einer implantologischen Behandlung informiert. Ihnen werden – soweit möglich – Alternativen aufgezeigt, um Ihnen damit eine Hilfe für Ihre Entscheidung für oder gegen eine Implantationsbehandlung zu geben.

Sie werden gebeten, sich die Aufklärungsinformation sorgfältig durchzulesen. Der Behandler wird mit Ihnen zusätzlich die Aufklärungshinweise auch gemeinsam durchsprechen.

Wir bitten Sie, eventuelle Fragen aufzuschreiben und diese dem Behandler mitzuteilen, damit diese eingehend mit Ihnen besprochen werden können.

#### 2. DIE IMPLANTATIONSBEHANDLUNG

2.1. Implantate sind künstliche Zahnwurzeln, die grundsätzlich aus gewebefreundlichen Materialien hergestellt werden. Implantate können aus Metall oder aus anderen nicht metallischen Materialien bestehen. Die für Sie in Betracht kommenden Implantatsysteme werden Ihnen gesondert mitgeteilt, sobald das Diagnoseergebnis vorliegt.

2.2. Implantate gehen bei komplikationsloser Einheilung eine stabile Verbindung mit dem Kieferknochen ein. Bei richtiger Mundhygiene und gutem Gesundheitszustand sind Implantate langlebig und können eine Lebensdauer von zehn und mehr Jahren haben.

2.3. Implantate können einem Knochenschwund im Kiefer entgegenwirken. Bei normalem Behandlungs-/Einheilungsverlauf wird durch die Implantate ein festes Fundament für die Versorgung mit Zahnersatz (z. B. Kronen) geschaffen. Im Zusammenspiel mit der prothetischen Versorgung kann die Kaufunktion optimiert, hergestellt oder wieder gewonnen werden.

2.4. Die eigentliche Implantation gliedert sich in die folgenden Behandlungsschritte:

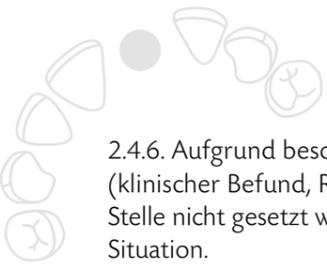
2.4.1. In örtlicher Betäubung oder in Vollnarkose wird das Zahnfleisch im Implantationsbereich geöffnet und der Kieferknochen freigelegt.

2.4.2. Wenn bei Ihnen eine Vollnarkose durchgeführt werden soll, wird Sie der Anästhesist über die Risiken einer Vollnarkose aufklären. Sollte der Anästhesist Sie nicht aufklären, teilen Sie uns dies bitte vor der Implantationsmaßnahme mit.

2.4.3. Mittels spezieller Bohrer oder Instrumente werden im Kieferknochen Bohrungen angelegt. Unter Umständen kann das Zahnfach eines vorher entfernten oder verloren gegangenen Zahns für die Einbringung des Implantates genutzt werden. Es kommt vor, dass der durch die Bohrung geschaffene Hohlraum mit einem Meißel oder entsprechendem Instrument vergrößert werden muss.

2.4.4. In die Hohlräume wird das jeweilige Implantat eingeschraubt und die Wunde, falls erforderlich, wieder vernäht.

2.4.5. Sind die Implantate eingeheilt, kann die prothetische Versorgung, d. h. die Eingliederung von Zahnkronen/Brücken durchgeführt werden. Bei der Eingliederung des Zahnersatzes ist es in der Regel nur notwendig, die Schleimhaut um das Implantat herum erneut zu eröffnen, um das Implantat und den Zahnersatz verbinden zu können.



2.4.6. Aufgrund besonderer Umstände kann es vorkommen, dass sich trotz vorangegangener Untersuchungen (klinischer Befund, Röntgen etc.) erst während der Operation herausstellt, dass das Implantat an der geplanten Stelle nicht gesetzt werden kann. In diesem Fall entscheidet der Operateur über die beste Lösung dieser individuellen Situation.

2.4.7. Es kann notwendig werden, den Kieferknochen durch knochenaufbauende Maßnahmen für die Implantation vorzubereiten. Dies kann z. B. dann erforderlich sein, wenn die Stärke des Knochens für das Inserieren von Implantaten nicht ausreichend ist. Der Kieferknochen kann in diesem Fall jedoch mittels verschiedener Materialien (eigener Knochen, fremder, menschlicher oder tierischer Knochen, synthetische Materialien) unterfüttert und der Knochen dadurch verstärkt werden. Dass knochenaufbauende Maßnahmen erforderlich sind, kann sich u. U. auch erst während der Behandlung herausstellen.

3. Bei Ihnen ist ein Knochenaufbau nach derzeitigem Kenntnisstand erforderlich. Dafür soll folgendes Material verwendet werden:

---

Bezüglich der Verträglichkeit dieses Materials ist folgendes anzumerken:

---

#### 4. IHRE BEHANDLUNG IM BILD

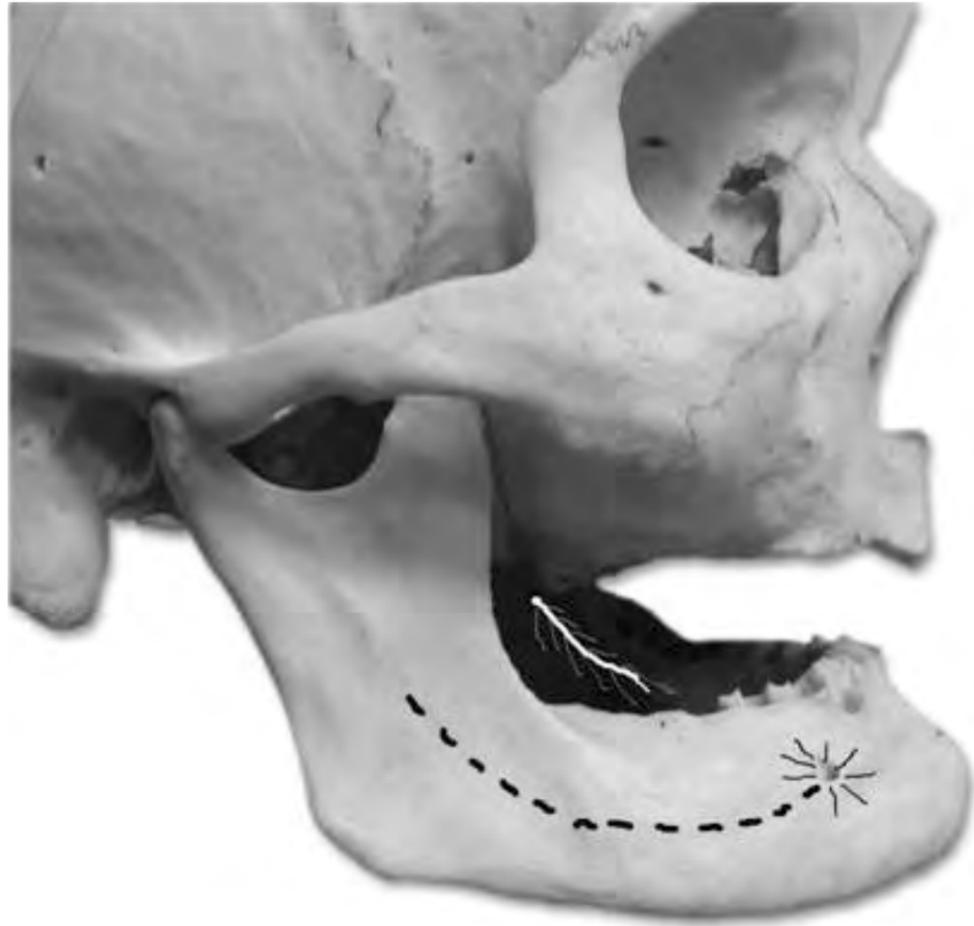
Die vorgesehene Positionierung der Implantate wird Ihnen der Behandler anhand der nachfolgenden Abbildungen gesondert erläutern:



Oberkiefer



Unterkiefer



## 5. ALTERNATIVEN ZUR IMPLANTATIONSBEHANDLUNG

Die vorgesehene Positionierung der Implantate wird Ihnen der Behandler anhand der nachfolgenden Abbildungen gesondert erläutern:

### HERAUSNEHMBARE TEIL- ODER VOLLPROTHESE

5.1. Alternativ kommt bei Ihnen die Versorgung mit einer herausnehmbaren Teil- oder Vollprothese in Betracht. Dabei wird ein künstliches Gebiss/ein künstlicher Gebisstheil auf den Kieferknochen aufgelegt. Eine Betäubung/Narkose sowie ein Aufbohren des Kieferknochens ist nicht erforderlich, wodurch sich das Risiko möglicher Probleme deutlich verringert.

5.2. Das Tragen einer Voll-/Teil-Prothese ist gewöhnungsbedürftig und wird vielfach als unangenehm empfunden. Es besteht keine feste Verbindung mit dem Kieferknochen. Es kann zu einem weiteren Knochenabbau, der wiederum zu einer Verschlechterung der Kaufunktion führt, kommen. Zudem ist ein erhöhter Reinigungsaufwand erforderlich. Speziell gilt bei Ihnen Folgendes:

---



---



### BRÜCKEN

Alternativ kommt bei Ihnen auf Grund Ihres spezifischen persönlichen Zahnstatus die Eingliederung einer Brücke in Betracht. Dabei wird eine Krone/werden Kronen auf den Kieferknochen aufgesetzt und durch eine feste Verbindung mit den Nachbarzähnen fixiert. Ein Anbohren des Kieferknochens ist nicht erforderlich, wodurch sich das Risiko von Komplikationen deutlich verringert. Es besteht jedoch keine feste Verbindung zwischen der Krone und dem Kieferknochen. Es kann zu einem weiteren Knochenabbau, der wiederum zu einer Verschlechterung der Kaufunktion führt, kommen. Zur Verankerung müssen die Nachbarzähne, auch wenn sie gesund sind, beschliffen und entsprechende Verankerungsmöglichkeiten geschaffen werden. Speziell gilt bei Ihnen Folgendes:

---



---

### SONSTIGES

Alternativ kommt bei Ihnen:

---



---



---



---

## 6. BEHANDLUNGSRISIKEN

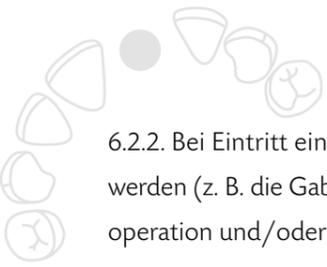
### 6.1. Allgemeines

Im Allgemeinen ist das Inserieren von Implantaten gut verträglich. Größere Probleme sind selten. Der Eintritt als solcher lässt sich jedoch – wie bei jedem ärztlichen Eingriff – nie ganz ausschließen. Die Realisierung hängt vom Gesundheitszustand, dem Lebensalter, der Lebensführung und vielen weiteren Faktoren der Patienten ab. Probleme können sowohl während, als auch nach der Behandlung auftreten. Treten Komplikationen auf, können weitere ärztliche Maßnahmen, bis hin zur Einweisung in ein Krankenhaus mit stationären Aufenthalten, erforderlich werden. In Ausnahmefällen kann es zu lebensbedrohlichen Situationen kommen.

### 6.2. Allgemeine Risiken

6.2.1. Bei der Implantationsbehandlung werden, da das Zahnfleisch und der Kieferknochen geöffnet werden müssen, Zahnfleischgewebe und Knochen verletzt. Es entstehen Operationswunden. Daher bestehen – wie bei jeder anderen Operation – die nachfolgend aufgeführten allgemeinen Risiken:

- |  |                           |
|--|---------------------------|
| (1) Störungen des Nervensystems                | (7) Wundheilungsstörungen |
| (2) Änderungen des Blutdruckes oder des Pulses | (8) Narbenbildung         |
| (3) Blutungen                                  | (9) Thrombosen, Embolien  |
| (4) entzündlichen Prozessen                    | (10) _____                |
| (5) Wundinfektionen                            | (11) _____                |
| (6) allergischen Reaktionen                    |                           |



6.2.2. Bei Eintritt einer der vorgenannten Komplikationen können weitere Behandlungsmaßnahmen erforderlich werden (z. B. die Gabe von Antibiotika oder anderen Medikamenten, antiseptische Spülungen oder auch eine Nachoperation und/oder stationäre Behandlung).

6.2.3. Auf Grund der angesprochenen Risiken kann es zum Verlust von Implantaten oder zum Verlust von anderen eingebrachten Materialien kommen.

6.2.4. Bei starken Blutungen kann es erforderlich werden, die Wunde zu tamponieren, sie erneut zu öffnen und neu zu vernähen. Bei großem Blutverlust können Bluttransfusionen oder eine stationäre Behandlung notwendig werden.

6.2.5. Bei entzündlichen Prozessen oder Wundinfektionen kann das Risiko einer möglicherweise lebensbedrohlichen Blutvergiftung oder Entzündung der Herzinnenhaut nicht vollständig ausgeschlossen werden. Nachbehandlungen, ggf. auch stationär, können erforderlich werden.

6.2.6. Allergische Reaktionen können zu kritischen und sogar lebensbedrohlichen Situationen (Kreislaufstillstand, Krampfanfälle, allergische Schocks) führen, die ggf. stationär behandelt werden müssen.

6.2.7. Wie bei jeder Operation kann es zu Narbenbildungen kommen. Narben können zu Reiz-/Schmerzzuständen, Gefühlsbeeinträchtigungen, Spannungsgefühlen, Wetterfühligkeit, Mundtrockenheit oder verstärktem Speichelfluss führen.

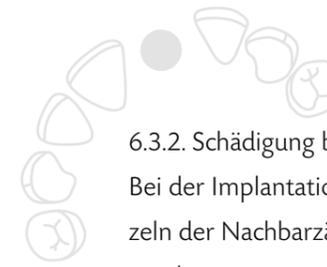
6.2.8. Es kann insbesondere bei längerer Liegezeit und vor allem bei älteren Patienten zu Thrombosen oder Embolien kommen. Wenn bei Ihnen ein solches erhöhtes Risiko festgestellt wurde, kann dieses vorbeugend mit Medikamenten minimiert werden. Diese können jedoch wiederum zu Komplikationen wie Veränderung der Blutgerinnung, Blutbildveränderung, Nachblutungen führen.

### 6.3. Speziell bei der Implantatbehandlung auftretende Risiken

Neben den aufgezeigten allgemeinen Risiken hat die zahnärztlich implantologische Behandlung auch spezifische Risikopotentiale, was Sie bei Ihrer Entscheidung zu berücksichtigen haben.

#### 6.3.1. Nervschädigungen

Im Rahmen der Implantationsbehandlung – auch anlässlich der Betäubung – kann das Risiko von Nervschädigungen im Bereich der Zähne, des Zahnfleisches, der Kiefer, des Gaumens, der Zunge und der Wange nicht völlig ausgeschlossen werden. Es kann zu Gefühlsstörungen (Taubheitsgefühle, Kribbeln, schmerzhaftes Missempfindungen etc.) sowie zu Geschmacksstörungen kommen. Diese sind meist vorübergehender Natur und klingen von selbst ab. Selten sind sie dauerhaft und irreparabel.



#### 6.3.2. Schädigung benachbarter Zähne

Bei der Implantation kann es zu Beeinträchtigungen/Beschädigungen von Nachbarzähnen, insbesondere der Wurzeln der Nachbarzähne, kommen. Eine Behandlung des Nachbarzahnes/der Nachbarzähne kann deshalb notwendig werden.

#### 6.3.3. Nasenhöhlen-/Kieferhöhleneröffnung/-entzündung

In gesondert gelagerten Fällen kann anlässlich der Implantationsbehandlung die Öffnung der Nasen- oder der Kieferhöhle erforderlich werden. Dadurch können entzündliche Reaktionen ausgelöst werden, die unter Umständen medikamentös/antibiotisch behandelt werden müssen. Bei Nichtabheilung der entzündlichen Prozesse kann die Entfernung des Implantates/der Implantate und eventuell auch ein zusätzlicher operativer Eingriff an den Nebenhöhlen notwendig werden.

#### 6.3.4. Unterkieferbruch

Bei schwachen Unterkiefern mit geringem Knochendurchmesser kann es durch die erforderlichen Bohrungen zu einer Schwächung der Knochenstabilität und zu einem Knochenbruch kommen, dessen operative Weiterbehandlung eventuell unter Vollnarkose erforderlich ist.

#### 6.3.5. Implantatverlust

Es kann zu einem späteren Verlust eines inserierten Implantates kommen. Dieser kann z. B. dadurch verursacht worden sein, dass das Implantat von Anfang an nicht richtig einheilt und/oder nicht die erforderliche feste Verbindung mit dem Kieferknochen eingeht oder aber auch dadurch, dass sich das Implantat (z. B. durch entzündliche Prozesse) später lockert. Es kann dazu kommen, dass ein Implantat wieder entfernt werden muss. Nach Ausheilung der Implantatwunde kann meistens später ein neues Implantat gesetzt werden.

#### 6.3.6. Risiken bei knochenbauenden Maßnahmen

Soweit knochenbauende Materialien verwendet werden müssen, sind allgemeine und materialspezifische Risiken zu unterscheiden.

##### 6.3.6.1. Allgemeine Risiken

Grundsätzlich kann es zu Abstoßungsreaktionen kommen, die weitere Behandlungen erforderlich machen. Im schlimmsten Fall kann es zum Verlust des Materials oder des Implantates kommen. Wird das Material zu schnell oder zu langsam vom Körper aufgenommen, kann dies die Stabilität des Implantates beeinträchtigen und zum Implantatverlust führen.



### 6.3.6.2. Materialspezifische Risiken

---

#### 6.3.6.2.1. Eigenknochen

Eigenknochen kann aus dem Kieferbereich selbst, muss aber eventuell aus anderen Knochenbereichen (z. B. dem Beckenknochen) gewonnen werden, wofür ein weiterer ärztlicher Eingriff erforderlich ist, der mit allgemeinen und spezifischen Risiken behaftet sein kann.

#### 6.3.6.2.2. Aufbereiteter Fremdknochen menschlichen Ursprungs

Bei Fremdknochen menschlichen Ursprungs kann das Restrisiko einer Infektion (z. B. mit HIV oder Hepatitis) nicht restlos ausgeschlossen werden.

#### 6.3.6.2.3. Mögliche Beeinträchtigungen der Aussprache

Nach Eingliederung der neuen Zähne kann es zu einer möglichen Beeinträchtigung der Sprache kommen (Zischen, Lispeln, Probleme mit dem S-Laut). Diese können über einen längeren Zeitraum hinweg andauern.

## 7. REGELN ZUM VERHALTEN VOR DER IMPLANTATIONSBEHANDLUNG

7.1. Bitte befolgen Sie strikt alle Anweisungen.

7.2. Stellen Sie bitte 4 Wochen vor der Behandlung jegliches Rauchen und jeglichen Alkoholkonsum ein.

7.3. Bitte informieren Sie uns über aufgetretene Erkrankungen und ihre aktuelle Medikamenteneinnahme, soweit Sie uns hierüber noch nicht in Kenntnis gesetzt haben.

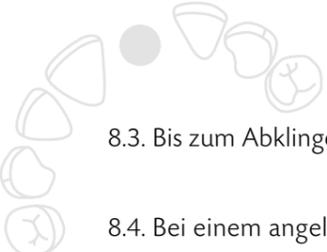
7.4. Blutverdünnende Medikamente (Marcumar, Aspirin, ASS etc.) dürfen ohne Rücksprache mit uns vor der Behandlung nicht eingenommen werden. Vor dem Absetzen dieser Medikamente müssen Sie dies mit Ihrem Hausarzt besprechen, ob deshalb Risiken bestehen, sowie unbedingt mit uns Rücksprache nehmen.

7.5. Bitte teilen Sie uns alles mit, was Sie für wichtig erachten und erörtern dies mit uns.

## 8. REGELN ZUM VERHALTEN NACH DER IMPLANTATIONSBEHANDLUNG

8.1. Nach einer örtlichen Betäubung sowie durch die Belastung mit einem chirurgischen Eingriff kann Ihre Reaktionsfähigkeit – insbesondere bei aktiver Teilnahme am Straßenverkehr – für mehrere Stunden herabgesetzt sein. Bitte beachten Sie dies bei sämtlichen Tätigkeiten, die Sie nach der Implantationsbehandlung ausführen wollen. Lassen Sie sich insbesondere nach der Behandlung nach Hause fahren.

8.2. Nach einer Narkose sollten Sie für den Rest des Tages auf keinen Fall Auto fahren oder Maschinen bedienen.



8.3. Bis zum Abklingen der Betäubung dürfen Sie wegen der Verletzungsgefahr nichts Heißes essen oder trinken.

8.4. Bei einem angelegten Druckverband richten Sie sich bitte ausschließlich nach den erteilten Empfehlungen. Sollte wider Erwarten eine Nachblutung auftreten, beißen Sie erneut für eine halbe Stunde auf ein zusammengerolltes sauberes, angefeuchtetes Stofftaschentuch. Im Zweifelsfall holen Sie bitte zahnärztlichen Rat ein.

8.5. Zur Verminderung einer Schwellung sind nach dem Eingriff häufigere feucht, kalte Umschläge bis zur Folgenacht geboten. Verwenden Sie jedoch keine Eispackungen mit unmittelbarem Hautkontakt.

8.6. Wenn Sie sich ausruhen möchten, legen Sie sich bitte ein dickes Kissen unter den Kopf und vermeiden eine Flachlage.

8.7. Nach Abklingen der Betäubung sollten Sie für die nächsten Tage weiche, nicht zu heiße Kost zu sich nehmen und auf belagbildende Milchprodukte und Suppen verzichten.

8.9. Schonen Sie beim Kauen möglichst die behandelte Seite.

8.10. In den ersten 24 Stunden nach der Behandlung dürfen Sie weder Bohnenkaffee, Cola noch schwarzen Tee trinken. 4 Wochen nach der Behandlung ist von Ihnen jegliches Rauchen und jeglicher Alkoholkonsum zu unterlassen. Hierdurch verringern Sie zugleich die Gefahr einer Nachblutung und tragen zu einer besseren Wundheilung bei.

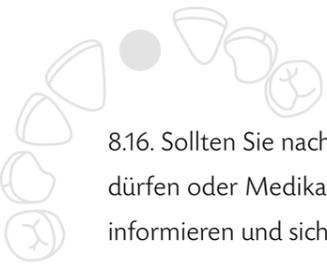
8.11. In den ersten 10 postoperativen Tagen sollte kein Saunabesuch erfolgen.

8.12. Sollte die Mundöffnung nach der Behandlung leicht eingeschränkt sein, braucht Sie dies nicht zu beunruhigen. Bemerken Sie jedoch eine starke Kieferklemme, anhaltende Gefühlsstörungen und/oder stärker werdende Schmerzen, müssen Sie sofort zahnärztlichen Rat einholen.

8.13. In der ersten Woche nach dem Eingriff sollten Sie generell körperliche Anstrengungen vermeiden.

8.14. Putzen Sie regelmäßig (3 x täglich) Ihre Zähne und eine eventuell vorhandene Prothese. Nehmen Sie jedoch den Operationsbereich aus und vermeiden heftiges Spülen. Die Benutzung von elektrischen Zahnbürsten außerhalb des Operationsbereiches ist möglich. Die Anwendung von Mundduschen ist bis zur abgeschlossenen Abheilung auszusetzen.

8.15. Wenn Ihnen Medikamente verordnet wurden, halten Sie sich bitte exakt an die Einnahmевorschriften. Insbesondere bei Schmerztabletten ist auf die Höchstdosis zu achten! Nehmen Sie keine zusätzlichen Medikamente nach eigenem Ermessen!



8.16. Sollten Sie nach der Implantationsbehandlung aufgrund einer anderen Erkrankung ärztlicher Behandlung bedürfen oder Medikamente einnehmen, sollten Sie Ihren Arzt über die durchgeführte Implantationsbehandlung informieren und sich zahnärztlichen und ärztlichen Rat geben lassen, wie sie sich verhalten sollen.

## 9. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

9.1. Ich habe das Frage-/Anamnese- und Aufklärungsdokument sorgfältig gelesen, verstanden sowie die Anamnese wahrheitsgemäß ausgefüllt und das Frage-/Anamnese- und Aufklärungsdokument mit dem Behandler ausführlich durchgesprochen. Neben den schriftlichen Erläuterungen wurden mir ergänzende mündliche Erläuterungen gegeben. Ich hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Weitere Fragen oder Unklarheiten bestehen für mich nicht mehr.

9.2. Mir wurde ausreichend Zeit gegeben, meine Entscheidung zu überdenken.

9.3. Es wurde mir erläutert, dass ich mich bis zum Abschluss der Behandlung jederzeit dazu entscheiden kann, die Behandlung nicht durchzuführen/abzubrechen.

9.4. Über die Risiken der Nichtdurchführung/des Abbruchs der Behandlung wurde ich informiert.

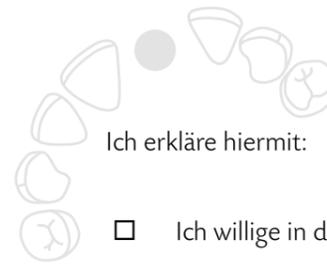
9.5. Mir ist bekannt, dass es bei zahnärztlichen Behandlungen stets zu unvorhergesehenen Komplikationen mit Risiken für die Gesundheit kommen kann.

9.6. Ich bestätige, dass ich die Aufklärung verstanden habe. Ich fühle mich unter Abwägung der mir erläuterten Risiken in der Lage, zu entscheiden, ob ich die Implantation vornehmen lassen möchte oder nicht.

9.7. Mir ist bekannt, dass intra- und extraorale Fotografien angefertigt werden, während des gesamten Behandlungsablaufes.

9.8. Ich stimme ausdrücklich zu, dass die Praxis Michalides diese Fotos zu Fortbildungszwecken/Kongressen/Vorträgen präsentieren darf.

9.9. Mir ist bekannt, dass die gemachten Fotos in Fachpublikation veröffentlicht werden können (ohne Angaben von Namen).



Ich erkläre hiermit:

Ich willige in die Behandlung ein.

Ich willige in die Behandlung nicht ein.

Ich habe die „Regeln zum Verhalten nach der Implantatbehandlung“ gelesen. Diese wurden mir vom Behandler zusätzlich erläutert. Ich bin mir bewusst, dass eine Nichtbefolgung der Anweisungen den Heilerfolg beeinträchtigen und gesundheitliche Risiken verursachen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient)

Bei geschäftsunfähigen oder nicht vollgeschäftsfähigen Personen:

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der vertretungsberechtigten Personen)

Mündliche Aufklärung durchgeführt am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Behandler)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Helfer/in)

Kopie an Patient/in ausgehändigt am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Behandler)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Helfer/in)