

**Zahnarztpraxis Dr. Kaut, Dr. Göhring & Kollegen**  
**Praxis: Nürnberg / Ansbach**

**Einwilligung zu einem zahnärztlichen Eingriff**

**Patient:** \_\_\_\_\_

**Vorgesehene Maßnahme(n):** \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich über die geplante, oben genannte Behandlung einschließlich Zweck und Hergang des Eingriffs sowie seine wesentlichen Vor-, Nachteile und Risiken, auch im Vergleich zu anderen Methoden der Behandlung und zum Unterlassen des Eingriffes umfassend aufgeklärt wurde, sowohl in mündlicher Form als auch mit Hilfe von Merkblatt Nr. \_\_\_\_\_

Ich wurde unterrichtet über mögliche Komplikationen und Risiken der Behandlung, wie Schwellung, Wundheilungsstörungen sowie die Gefahr einer Gefäß- (Blutung, Nachblutung) oder Nervverletzung (vorübergehende oder, seltener, bleibende Gefühllosigkeit in dem betreffenden Bereich). Ich bin informiert, dass es im Unterkiefer durch vor bestehende Schwächungen des Knochenkörpers in seltenen Fällen zu einem Kieferbruch kommen kann (Vorsicht bei Kontaktsportarten!). Sind benachbarte Zähne mit Füllungen oder Kronen/Zahnersatz versorgt, so kann deren Beschädigung während der Behandlung nicht mit völliger Sicherheit ausgeschlossen werden. Ich bin auch auf mögliche körperliche/ seelische/berufliche Komplikationen nach dem Eingriff hingewiesen worden. Die allgemeinen Risiken einer lokalen Betäubung (allergische/zentralnervöse Unverträglichkeiten) wie auch die Beeinträchtigung der Verkehrstauglichkeit wurden mir ausführlich erläutert. Ich wurde informiert, dass es im Falle eines unvorhergesehenen Befundes nach ärztlichem Ermessen notwendig oder sinnvoll sein kann, über den geplanten Umfang des Eingriffes hinauszugehen.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, alle meine Fragen mit dem Behandler zu besprechen. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht/erfolgte, soweit ich es wünschte. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung widerrufen kann. Ich erkläre mich mit der/n vorgesehenen Maßnahme/n und Methode/n sowie mit eventuell erforderlichen Erweiterungen und Änderungen einverstanden.

Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

**Ort/Datum:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient/Erziehungsberechtigter Behandelnder Arzt/zugleich der Beglaubigung  
Patientenunterschrift