



- Dr. F-E. Preusse, Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie nach BDIZ
- Dr. D. Heidle, Tätigkeitsschwerpunkte: Endodontie sowie adhäsive und ästhetische Zahnmedizin
- Pieter Verbeek, Zahnarzt
- Dr. R. Abdelghani, Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie
- Dr. Ch. von Schroeter, a.Z. Tätigkeitsschwerpunkt Endodontologie nach DGZ
- Dr. S. Sälzer, a.Z. Fachzahnärztin für Parodontologie

Wasserkrüger Weg 1 • 23879 Mölln • T. 045 42 / 26 67 • F. 045 42 / 26 11 • mail@dr-preusse.de • www.dr-preusse.de

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR IMPLANTOLOGIE

Mölln, den \_\_\_\_\_

1. Ich bin über Wesen und Technik der Implantologie informiert worden und verstehe den Vorgang der chirurgischen Vorgehensweise. Es ist mir erklärt worden, dass ein Implantat in den Knochen hinein, unter das Zahnfleisch oder in den Zahn zur Fixierung einer neuen Zahnkrone eingesetzt wird.
2. Alle alternativen Therapiemaßnahmen der zahnmedizinischen Rekonstruktion sind mir erklärt worden. Mein Zahnarzt hat sorgfältig meinen Mund untersucht. In einer gegenseitigen Diskussion habe ich mich für die implantologische Maßnahme entschieden.
3. Ich bin vollständig darüber aufgeklärt worden, dass mögliche Risiken oder Komplikationen bei jedem chirurgischen Eingriff, bei jeder Lokalanästhesie oder bei zusätzlichen Medikationen auftreten können. Über nachfolgende Komplikationen, wie Schwellung, Schmerzen, Infektion oder allgemeines Unwohlsein, bin ich informiert. Taubheit der Lippe, Zunge, Kinn oder Zähne können auftreten. Die exakte Dauer dieser Beeinträchtigung ist nicht vorauszusehen und mag in außergewöhnlichen Fällen auch irreversibel sein. Zusätzliche Infektionen der Wunde, des Gefäßsystems oder des umliegenden Gewebes sind möglich. Ich bin darüber informiert worden, dass Knochenfrakturen, Einbrüche in die Kieferhöhle, verzögerte Heilung oder allergische Reaktionen auf Medikamente oder auf Anästhetika auftreten können.  
Gebenenfalls ist es erforderlich, dass zusätzlich zu den Implantaten künstlicher / eigener Knochen, Membranen resorbierbar / nicht resorbierbar, eingebracht werden.
4. Es ist mir bewusst, dass ich alle Veränderungen oder über das Maß des Normalen hinausgehende Schwierigkeiten unverzüglich meinem Zahnarzt mitteilen sollte.  
Der Hersteller und der das Implantat eingliedernde Zahnarzt lehnen jede Haftung bei einer Weiterbehandlung durch nicht autorisierte Behandler ab!
5. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass es bis zu dem heutigen Zeitpunkt keine Methode gibt, um die Heilungsmöglichkeiten des Knochens und des Zahnfleisches von vornherein vorherzusagen. Der Heilungsverlauf ist individuell unterschiedlich. Die weitere Behandlung richtet sich nach dem Heilungsverlauf.

6. Bei mir wird ein  einphasiges oder  zweiphasiges Implantat eingesetzt. Ein einphasiges Implantat bedeutet, dass innerhalb eines kurzen Zeitraums nach der Implantation oder sofort im Anschluss an die Implantation eine provisorische Versorgung auf dem Implantat zementiert wird. Nach ca. 6-8 Wochen erfolgt die weitere Versorgung. Bei zweiphasigen Implantaten wird die Einheilphase ca. 3-4 Monate, in Ausnahmefällen, insbesondere im Unterkiefer, wesentlich länger ausmachen. In dieser Zeit bleibt das Implantat unter der Schleimhaut gedeckt oder mit Schleimhaut weitestgehend abgedeckt in Ruhe.
7. Ich bin darüber informiert worden, dass keine Erfolgsgarantie für Implantate gegeben werden kann. Für den Fall eines Misserfolges muss das Implantat sofort entfernt werden. Den Zeitpunkt der Entfernung bestimmt mein Zahnarzt.
8. Ich bin darüber informiert worden, dass eine peinlichst genaue Mundhygiene um die Implantate vorgenommen werden muss. Den implantologischen Erfolg werde ich durch eine optimale Mundhygiene wesentlich unterstützen.
9. Ich bin darüber informiert worden, dass Alkoholgenuss oder starke Belastungen, insbesondere Rauch, den Erfolg der Einheilung meiner Implantate, wesentlich beeinträchtigen können. Bei Rauchern werden mehr als 1/3 aller Implantate nicht einheilen. Ich verspreche den Anweisungen meines Zahnarztes Folge zu leisten und erkläre mich mit einer halbjährlichen regelmäßigen Kontrolle einverstanden.
10. Mein Zahnarzt hat mich über alle zahnmedizinischen und medizinischen Hintergründe aufgeklärt. Ich habe zusätzlich einen ärztlichen Fragebogen für meinen Arzt erhalten. Ich werde den Arzt anweisen, den Untersuchungsbogen ausgefüllt an meinen behandelnden Zahnarzt weiterzuleiten.
11. Ich bin mit Röntgenaufnahmen und Fotografien während des chirurgischen Eingriffes und bei nachfolgenden Untersuchungen einverstanden.
12. Mein Zahnarzt hat mich darüber aufgeklärt, dass implantologische Leistungen reine Privatleistungen sind und auch als solche abgerechnet werden, mit Ausnahme von Regelleistungen von gesetzlich versicherten Patienten seit 2005. Kürzungen des Honorars von Seiten der Krankenkasse/Versicherung gehen nicht zu Lasten des Zahnarztes, sondern werden von mir ausgeglichen.
13. Nachfolgende Untersuchungen oder Auswechseln von Implantatanteilen oder Veränderungen der Gesamtkonstruktion müssen von mir ohne Rücksicht auf die Bezuschussung durch meine Krankenkasse oder Krankenversicherung ausgeglichen werden.
14. Über mögliche gutachterliche Verfahren bei implantologischen Leistungen bin ich informiert worden. Mein Zahnarzt hat mich dahingehend unterrichtet, dass ich mich im Rahmen des normalen Praxisablaufs möglichen Fragen zur gutachterlichen Stellungnahme an den BDIZ, An der Esche 2, 53111 Bonn, wenden kann. Mögliche Kürzungen des Honorars durch die Krankenkasse/Versicherung werden von mir einseitig ohne Rücksprache mit meinem behandelnden Zahnarzt nicht abgezogen.
15. Bei Knochenaufbau mit »Bio Oss ®« ist die Möglichkeit einer Blutspende strittig.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_