

Patientendaten

Universitätsklinikum Tübingen

Poliklinik für Zahnerhaltung

Osianderstrasse 2-8
72076 Tübingen

Befund/Diagnose: _____

Geplante Therapie: Parodontitistherapie an den Zähnen _____

Oberkiefer

Unterkiefer

Behandlungsalternativen

Zahnextraktion und anschließende prothetische Versorgungen (z. B. Klammer-, Totalprothese)

sonstige: _____

keine

Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen der geplanten Behandlung

Blutungen, Kreislaufreaktionen, Allergie, Nervverletzung ■ Verletzung der Zahnhartsubstanz und umliegenden Gewebe ■ postoperativer Wundschmerz, Schwellung, Entzündungen mit Eiteransammlungen ■ Fortbestehen der Entzündungen mit ggf. weiterem Zahnverlust, Zahnfleischrückgang, empfindliche Zahnhälse, erhöhtes Risiko der Wurzeloberflächenkaries, Instrumentenfraktur, Fieber, Wundinfektion, Hämatom In Ihrem Fall bestehen folgende besondere Risiken: _____

Verlauf, Verhalten des Patienten vor, während und nach der Behandlung, Nachsorge

nicht rauchen ■ keine Teilnahme am Straßenverkehr, kein Alkohol oder,- Kaffee ■ Fäden/Verbandplatte entfernen ■ regelmäßige Mundhygiene und zahnärztliche Kontrollen mit professionellen Reinigungen ■ bei chirurgischer Behandlung für _____ Tage das OP-Gebiet nicht reinigen ■ dauerhafte Betreuung im Recall notwendig

sonstige Hinweise: _____

Unterlassung der Behandlung/möglicher Alternativen – mögliche nachteilige Folgen

weiterer Knochenabbau und Zahnverlust, Mundgeruch, Zahnfleischbluten, Beschwerden ■ einfachste prothetische Versorgungen ■ Knochenabbau verschlechtert Ausgangssituation für spätere Implantation ■ Parodontal-Abszesse ■ Auswirkungen auf den Gesamtorganismus

sonstige mögliche nachteilige Folgen im vorliegenden Fall: _____

Kosten gemäß Privatkostenvereinbarung (liegt mir vor)

Unvorhersehbare Entwicklungen können zusätzliche Kosten zur Folge haben.

Bestätigung der Aufklärung

Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt hat alle Punkte ausführlich mit mir besprochen. Ich habe alles verstanden und keine Fragen mehr. Ich habe meine Entscheidung gründlich bedacht und brauche keine weitere Überlegungsfrist.

Aufklärung über Parodontitistherapie ist erfolgt (→ Formular „Zahnärztliche Behandlung“).

Erklärung zur Teilnahme an der unterstützenden Parodontaltherapie (UPT) zur parodontalen Nachsorge

Ich wurde von meiner Zahnärztin/ meinem Zahnarzt ausführlich darüber aufgeklärt, dass eine konsequente risikoabhängige Nachsorge (3, 6 oder 12 Monate) für den anhaltenden Therapieerfolg meiner Parodontalerkrankung notwendig ist.

Ich wurde weiterhin darüber aufgeklärt, dass die konsequente Nachsorge durch meinen Hauszahnarzt oder die Poliklinik für Zahnerhaltung durchgeführt werden kann.

Ich erkläre mich dazu bereit, an einem parodontalen Nachsorgeprogramm teilzunehmen.

Patienteneinwilligung

Ich willige in die vorgeschlagene(n) Behandlung(en) ein. Dies gilt auch für eine eventuelle Betäubung, über die ich gesondert aufgeklärt wurde, sowie für notwendige Änderungen/Erweiterungen/Neben-/Folgeeingriffe. Ich kann die Einwilligung bis zum Behandlungsbeginn widerrufen.

Ich willige in die vorgeschlagene(n) Maßnahme(n)/Behandlung(en) **nicht** ein und bestätige hiermit, dass ich über die möglichen Folgen des Unterlassens der Maßnahme aufgeklärt wurde.

Ich habe eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.

Ich möchte die mir angebotene Kopie der Einwilligung **nicht** entgegennehmen.

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Unterschrift Assistenz

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient/gesetzlicher
Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter*

*Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.