

Patientendaten

Universitätsklinikum Tübingen

Poliklinik für Zahnerhaltung

Osianderstrasse 2-8
72076 Tübingen

Befund/Diagnose: _____

Geplante Therapie: Direkte Kompositrestauration (Klasse I-V, Zahnformkorrektur, direktes Veneer) an den Zähnen _____

Behandlungsalternativen

- Amalgamfüllung Keramische bzw. Gussmetall Einlagerrestauration Krone Indirektes Veneer
 sonstige: _____ keine

Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen der geplanten Behandlung

Schmerz ■ Zahnfleischentzündung ■ Blutung ■ Überempfindlichkeit ■ Ablösung von Überschüssen, Ausbildung von Kanten
■ Fremdkörpergefühl ■ Verschleiß ■ Belagbildung ■ Aussplitterung, Verfärbung, sichtbare Ränder ■ neue Karies ■ Absterben von Nervengewebe ■ Wurzelkanalbehandlung ■ Abbrechen von Teilen des Zahnes, der Restauration ■ Aufbissprobleme ■ Schäden

■ Verschlucken ■ Einatmen ■ Allergie ■ Bissenkung

Im vorliegenden Fall bestehen insbesondere folgende Risiken: _____

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

Beschwerden, Schmerzen, Fragen ■ Belastung/Gebrauch/Lebensdauer ■ Ablösung/Abbrechen/Undichtigkeit ■ tägliche Pflege
■ Wiedervorstellung ■ Vorsorgetermine ■ Röntgen

sonstige Hinweise: _____

Unterlassung der Behandlung/möglicher Alternativen – mögliche nachteilige Folgen

Karies ■ Mundgeruch ■ Überempfindlichkeit ■ Zahnfleischentzündung/-taschen ■ Eindringen von Bakterien ■ Nervschädigung ■ Entzündung/Abszesse ■ Abbrechen des Zahnes, Zahnverlust ■ scharfe Kanten, Verletzung ■ Gebissveränderung, Kiefergelenkbeschwerden, -schmerzen, -schäden ■ Kauvermögen eingeschränkt

sonstige mögliche nachteilige Folgen im vorliegenden Fall: _____

Kosten gemäß Mehrkostenvereinbarung (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 Lokalanästhesie ist erfolgt (→ Formular „Zahnärztliche Behandlung“).

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 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.