



EINVERSÄNDNISERKLÄRUNG ÜBER IMPLANTATION

EINVERSÄNDNISERKLÄRUNG ÜBER BEHANDLUNG

MIT IMPLANTATEN

Name des Patienten _____ Datum _____

Ich wurde umfassend über die Art von Implantaten und die Implantatchirurgie, die therapeutischen Risiken und Behandlungsalternativen zu Zahnimplantaten aufgeklärt und stimme hiermit dem chirurgischen Einsetzen von Zahnimplantaten in meinen Kiefer (Mund) zu. Ich bin damit einverstanden, diese Implantate gemäß den Anweisungen meines Zahnarztes zu pflegen.

DIE NATUR DER PROZEDUR DES EINSETZENS DER IMPLANTATE

Die erste chirurgische Phase besteht aus der chirurgischen Korrektur des Zahnfleischgewebes, gefolgt vom präzisen Bohren von Löchern in den darunter liegenden Kieferknochen, deren Tiefe und Breite etwas kleiner sind als die Wurzeln Ihrer natürlichen Zähne. Diese Löcher werden sofort mit zylindrischen Metallpfosten (Implantaten) gefüllt, die so konzipiert sind, dass sie auf unbestimmte Zeit im Kieferknochen verbleiben. In einigen Situationen, in denen nicht genügend Knochenmasse vorhanden ist, kann ein regeneratives Verfahren eingesetzt werden, bei dem ein gefriergetrocknetes Knochentransplantat in den Kiefer platziert und die Stelle dann mit einer regenerativen Membran abgedeckt wird. Alle Operationen werden unter örtlicher Betäubung durchgeführt und können mit Beruhigungsmitteln oder intravenös verabreichten Medikamenten ergänzt werden. Bewusste Sedierung (falls vom Patienten gewünscht oder als notwendig erachtet).

Während der ersten zwei (2) Wochen nach der ersten Operation sollten ohne Zustimmung des Chirurgen keine Prothesen oder Teilprothesen über den Operationsstellen getragen werden.

Der zweite chirurgische Eingriff erfolgt in der Regel drei bis acht Monate nach der ersten Operation. Zu diesem Zeitpunkt wird die ordnungsgemäße Heilung des Implantats untersucht und ein Pfosten in das Implantat eingesetzt, der durch das Zahnfleischgewebe bis in Ihren Mund reicht. Darüber hinaus kann später eine geringfügige chirurgische Korrektur des Gewebes erforderlich sein, um etwaige Gewebeüberwucherungen oder Unstimmigkeiten zu korrigieren.

In der letzten prothetischen Phase wird eine Metallhülse in das zuvor chirurgisch eingebettete Implantat eingeschraubt, das dann an der darüber liegenden Prothese, Krone oder Brücke befestigt (verankert) wird. Die Gebühr für die prothetische Phase ist separat und nicht Teil der Operationsgebühr.

Initialen des Patienten _____

TRUDENT CLINICS

ALTERNATIVE BEHANDLUNGEN ZU IMPLANTATE

1. Wenn keine Behandlung zum Ersetzen vorhandener Prothesen oder fehlender Zähne gewählt wird, umfasst das Risiko der Nichtbehandlung die Erhaltung der vorhandenen Voll- oder Teilprothese mit Unterfütterungen oder Neuanfertigungen alle drei bis fünf Jahre wegen Zahnverschiebungen oder was auch immer der Fall sein mag aufgrund der langsamen, aber fortschreitenden Resorption (Auflösung) des darunter liegenden (stützenden) Kieferknochens.

2. Anfertigung neuer Voll- oder Teilprothesen oder Brücken, die möglicherweise eine bessere Passform und Funktion bieten als bei Ihrer derzeitigen Situation.

3. Chirurgische Behandlung, um eine bessere Basis oder Grundlage für eine neue Prothese zu schaffen. Die mit einem alternativen chirurgischer Verfahren verbundenen Risiken und Vorteile können durch die Beratung von einem Kieferchirurgen detaillierter erläutert werden.

RISIKEN

4. Zu den chirurgischen Risiken gehören unter anderem: postoperative Infektionen; Blutung; Schwellung; Schmerz; Gesichtsverfärbung; Sinus- oder Nasenperforation während der Operation; Verletzungen oder Krämpfe des Kiefergelenks; Knochenbrüche; langsame Heilung; und vorübergehendes, aber gelegentlich dauerhaftes Taubheitsgefühl der Lippe, des Kinns und der Zunge.

5. Zu den Risiken prothetischer Implantate gehören unter anderem: nicht gelungene Verbindung des Implantats mit dem Kieferknochen und/oder Metallbrüche des Implantats durch Überlastung. Nach einem (1) Jahr stabiler Implantatretention ist es wahrscheinlich, dass das Implantat dauerhaft mit dem darunter liegenden Kieferknochen verbunden ist. Ein separater chirurgischer Eingriff zur Entfernung des Implantats ist erforderlich, wenn ein Implantatversagen oder eine Fraktur auftritt oder ein Ersatz aufgrund geänderter prothetischer Anforderungen erforderlich ist. Wenn das Implantat versagt, fallen für die Entfernung und/oder den Ersatz Gebühren an.

KEINE GEWÄHRLEISTUNG ODER GARANTIE

Hiermit bestätige ich, dass mir keine Garantie, Gewährleistung oder Zusicherung gegeben wurde, dass das vorgeschlagene Implantat in Funktion oder Aussehen (zu meiner vollsten Zufriedenheit) vollständig erfolgreich sein wird. Es wird davon ausgegangen, dass das Implantat dauerhaft erhalten bleibt. Da jedoch jeder Fall einzigartig ist und die Ausübung der Zahnheilkunde keine exakte Wissenschaft darstellt, kann ein langfristiger Erfolg nicht versprochen werden.

Einverständniserklärung über unvorhergesehene chirurgische Bedingungen

Während der Behandlung können unbekannte orale Erkrankungen den ursprünglichen

Behandlungsplan modifizieren oder ändern, z. B. die Entdeckung einer veränderten Prognose für benachbarte Zähne oder eine unzureichende Knochenmasse für das Implantat. Ich stimme daher der Durchführung zusätzlicher oder alternativer Verfahren zu, die nach bestem Ermessen des behandelnden Arztes für eine ordnungsgemäße Zahnpflege erforderlich sein können.

Initialen des Patienten

PATIENTENZUSTIMMUNG ZUR TÄGLICHEN PFLEGE ZU HAUSE

Um die Erfolgsaussichten zu verbessern, wurde ich darüber informiert, dass das Implantat und die angrenzenden Zähne täglich auf saubere und hygienische Weise gepflegt werden müssen, und ich bin damit einverstanden, die häusliche Pflege gemäß den vorhandenen Anweisungen durchzuführen, sowie die professionellen Pflorgetermine regelmäßig einzuhalten.

Ich verstehe, dass TrUSmile Team ein Allgemeinzahnarzt ist und dass er dafür verantwortlich sein wird, mich in der postoperativen Phase zu unterstützen. Es liegt in meiner Verantwortung, TrUSmile Team über alle Probleme zu informieren, die nach der Operation auftreten. Ich verstehe, wie ich mit TrUSmile Team in Kontakt treten kann. In seltenen Fällen kann es notwendig sein, einige postoperative Patienten an einen anderen Arzt zu überweisen.

Die mit einer Beratung oder Behandlung bei anderen Ärzten verbundenen Kosten gehen zu Lasten des Patienten.

Ich bestätige, dass ich die oben stehende Ermächtigung und Einwilligung zur Implantation und diesbezüglichen Operation gelesen und vollständig verstanden habe und dass alle meine Fragen, falls vorhanden, beantwortet wurden.

Unterschrift des Patienten _____ Datum _____