



## Zentrum für Zahnmedizin Neusser Straße

**Dr. M. Beckers ◦ A. Beckers ◦ M. Sabbagh  
N. Salimi Amin ◦ N. Kasemian**

Neusserstr. 273, 50733 Köln

Tel.: 0221-739 26 50 **oder** 169 61 17

Fax: 0221-73 22 73

[www.zahngesundheit-koeln.de](http://www.zahngesundheit-koeln.de)

[E-Mail: zahnarzt-nippes@netcologne.de](mailto:zahnarzt-nippes@netcologne.de)

\_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung über zahnärztliche Implantationen

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 hinein zur Fixierung eingesetzt werden muss.
2. Alternative Therapiemaßnahmen der zahnmedizinischen Rekonstruktionen sind mir erklärt worden, insbesondere die Möglichkeiten konventionellen Zahnersatzes. Mein Zahnarzt/meine Zahnärztin hat sorgfältig meinen Mund untersucht. Er/Sie hat mich auch über die Konsequenzen der Nichtbehandlung aufgeklärt. Ich habe die Gelegenheit zu einem eingehenden Gespräch genutzt und mich für die implantologische Behandlung entschieden.
3. Ich bin 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, Infektionen, oder allgemeines Unwohlsein bin ich informiert. Taubheiten der Lippe, Zunge, Wange, Kinn und Zähne können auftreten. Die exakte Dauer dieser Beeinträchtigung ist nicht vorauszusehen und mag in außergewöhnlichen Fällen auch auf Dauer bestehen bleiben. Zusätzliche Infektionen der Wunde, des Gefäßsystems oder des umliegenden Gewebes sind möglich. Ich bin darüber informiert worden, dass Knochenfrakturen, Einbrüche in die Kieferhöhle, Knochennekrosen bei laufender oder abgeschlossener Bisphosphonattherapie, verzögerte Heilung oder allergische Reaktionen auf Medikamente oder Anästhetika auftreten können.

Über folgende, der o.g. möglichen Komplikationen bin ich im Aufklärungsgespräch mit meinem behandelnden Zahnarzt/Zahnärztin \_\_\_\_\_, hingewiesen worden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Es ist mir bewusst, dass ich alle Veränderungen oder über das Maß des Normalen hinausreichende Schwierigkeiten unverzüglich meinem Zahnarzt anzeigen muss.
5. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass es bis zum heutigen Zeitpunkt keine Methode gibt, um die Heilung des Knochens und des Zahnfleisches von vornherein festzulegen. Der

Heilungsverlauf ist individuell unterschiedlich. Nach dem Heilungsverlauf richtet sich aber die spätere weitere Behandlung.

6. Bei mir wird ein ein- oder zweiphasiges Implantat eingesetzt. Ein einphasiges Implantat bedeutet, dass innerhalb eines kurzen Zeitraumes 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. 3-6 Monate, in Ausnahmefällen auch wesentlich länger dauern. In dieser Zeit bleibt das Implantat unter der Schleimhaut gedeckt oder mit Schleimhaut weitgehend 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 und den Zahnersatz vorgenommen werden muss, um einen langdauernden Erfolg der implantologischen Behandlung zu gewährleisten. Ich weiß, dass ich den Behandlungserfolg durch eine optimale Mundhygiene wesentlich unterstützen kann.
9. Ich bin darüber informiert worden, dass exzessives Rauchen, übermäßiger Alkoholgenuss und parafunktionelle Belastungen meiner Implantate den Erfolg wesentlich beeinträchtigen können. Ich verspreche, den Anweisungen meines Zahnarztes Folge zu leisten, und ich erkläre mich mit einer halbjährlichen regelmäßigen Kontrolle einverstanden.
10. Ich habe meinen Zahnarzt/meine Zahnärztin über alle zahnmedizinischen und medizinischen Hintergründe aufgeklärt. Insbesondere über laufende und auch abgeschlossene Therapien und Medikationen.
11. Mein Zahnarzt/meine Zahnärztin hat mich darüber aufgeklärt, dass implantologische Leistungen
  - von den seltenen und bei mir nicht vorliegenden Ausnahmeindikationen nach § 28 Abs.2 Satz 9 SGB V abgesehen – reine Privatleistungen sind und als solche auf der Basis der zahnärztlichen und ärztlichen Gebührenordnung (GOZ und GOÄ) abgerechnet werden. Die Gebührenordnungen liegen in der Praxis zur Einsicht für die Patienten aus. Kürzungen des Honorars seitens einer Krankenkasse, oder der Beihilfestelle oder meiner privaten Krankenversicherung werden von mir ausgeglichen.

Die Kosten der bei mir durchzuführenden implantologisch - prothetischen Maßnahmen habe ich dem mir ausgehändigten Kostenvoranschlag entnehmen können.

Möglicherweise notwendige plastische oder aufbauende Maßnahmen mit Knochenersatzmaterialien und Gewebeklebersystemen sind in diesem Betrag nicht enthalten und werden nach Aufwand zusätzlich liquidiert.

Köln, den

---

(Patient/Zahlungspflichtiger)

---

(gesetzlicher Vertreter)

---

(behandelnder Arzt)