



## 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. \_\_\_\_\_

### Einwilligung

Ich bin von meinem Zahnarzt/Zahnärztin \_\_\_\_\_ bei dem am \_\_\_\_\_  
stattgefundenem Patientengespräch eingehend und umfassend über die bei mir geplanten  
chirurgischen und prothetischen Behandlungsmaßnahmen informiert worden.

Ich gebe hiermit, nach Abwägung der ebenfalls besprochenen Risiken, meine Einwilligung  
zur Durchführung des implantologischen Eingriffes.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten