

Datum

Gesprächsdauer

Name Patient/in

Geburtsdatum

Ich erkläre hiermit, von \_\_\_\_\_ über meine Erkrankung, die  
Name Behandler/in  
Behandlungsmöglichkeiten und die Alternativen unterrichtet worden zu sein.

Ich bin mit der vorgesehenen Behandlung einverstanden:

- Diagnostischer Eingriff  
 Anästhesie  
 Operation  
 Weitergabe meiner Daten  
an Untersuchungslabore

Ich wurde auf die für meine Behandlung typischen Risiken hingewiesen:

Schmerzen ▪ Schwellung ▪ Nachblutung ▪ Wundheilungsstörung ▪ lebensbedrohliche Infektion ▪ Osteomyelitis ▪  
Verlust/Verletzung von Nachbarzähnen ▪ Nervschaden (z.B. dauerhafte Missempfindung/Taubheit in Ober- und  
Unterlippe, Wange, Gaumen, Zunge) ▪ Unterkieferfraktur ▪ Geschmacksstörungen ▪ Perforation zur Nase ▪  
Kieferhöhlenkomplikation ▪ MAV (Mund-Antrum-Verbindung) ▪ Lippenverletzung mit Narbenbildung ▪ Verletzung des  
Speichelgangs ▪ Mundbodenverletzung ▪ Restverbleib ▪ Aspiration von Fremdkörpern ▪ Periimplantitis,  
Implantatverlust ▪ Medikamentennebenwirkungen (u.a. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Agranulozytose)

Alternativen:

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

- Therapie gewünscht  
 Therapie nicht gewünscht

Über die geplante Operation wurde ich ausführlich in einem Gespräch informiert. Ich fühle mich ausreichend informiert und habe keine weiteren Fragen. Mir wurde ausreichende Bedenkzeit eingeräumt und ich willige in den geplanten Eingriff ausdrücklich ein.

Datum

Uhrzeit

Unterschrift Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift Behandler/in

Ich möchte keine Kopie der Aufklärung:

\_\_\_\_\_

Kopie der Aufklärung mitgegeben:

\_\_\_\_\_

Mit dem heutigen Eingriff bin ich ausdrücklich einverstanden. Die damit verbundenen Risiken und alternative Therapiemöglichkeiten habe ich verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen.

Datum / Uhrzeit

Unterschrift Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters