



## Aufklärungsbogen für einen zahnärztlich - chirurgischen Eingriff

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Behandlungsart: \_\_\_\_\_

Ich wurde darüber informiert, dass der oben genannte Eingriff bei mir durchgeführt werden soll. Über Art, Notwendigkeit und Behandlungsablauf sowie über die Risiken und Komplikationen oder eventuellen Änderungen oder Erweiterungen während des Eingriffes wurde ich ausführlich aufgeklärt.

Ich bin auf mögliche Komplikationen (z.B. körperlicher/seelischer/beruflicher Art und Fahruntüchtigkeit) in der Zeit nach dem Eingriff hingewiesen worden. Insbesondere auf:

- Schwellung
- Schmerzen
- Nachblutungen
- Infektionen
- Blutergüsse
- Gefühlsstörungen
- im Oberkiefer evtl. Eröffnung der Kieferhöhle
- im Unterkiefer mögliche Verletzung oder Beeinträchtigung (Taubheitsgefühl) eines Nerven

Das Merkblatt für Verhaltensregeln nach einem chirurgischen Eingriff habe ich erhalten. Insbesondere wurde ich darüber aufgeklärt, folgende Punkte zu beachten:

- körperliche Schonung
- keine Milchprodukte (z.B. Milch, Joghurt, Milchreis, Käse usw.)
- am Tag des Eingriffes kein Alkohol und ca. 3-4 Tage nicht Rauchen
- Eingriffsstelle gut kühlen, aber nicht direkt mit Eis
- Vermeidung jeglicher Art von Wärme (Solarium, Sonne, warme Umschläge)
- bei starken Schmerzen oder Nachblutungen die Praxis aufsuchen

Meine Fragen wurden umfassend beantwortet. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der geplante Eingriff mit allen evtl. Änderungen und Komplikationen bei mir durchgeführt wird. Ich versichere auch, dass ich die in meiner Krankheitsgeschichte vorkommenden Besonderheiten, insbesondere die Einnahme von Medikamenten, genannt habe.

Baldham, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patientin / Patient  
oder gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Zahnarzt