

Einwilligungserklärung (v. 031024)

für die Durchführung einer Wurzelspitzenresektion in der
Implantologie & Kieferchirurgie Dr. Dr. Mathy MVZ GmbH

Patientendaten - Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Bevollmächtigter/Erziehungsberechtigter: _____

Ich habe den Aufklärungsbogen für die Durchführung einer Wurzelspitzenresektion (WSR v. 070924). erhalten.

Die folgenden Zähne sollen mit einer Wurzelspitzenresektion behandelt werden: _____

Ich wurde durch den Aufklärungsbogen und durch einen Arzt ausführlich aufgeklärt über:

- | | |
|--|--|
| - Die Indikation der Behandlung. | - Allgemeine und spezielle Komplikationsmöglich- |
| - Die Behandlungsmethode und den Ablauf. | lichkeiten der Behandlung. |
| - Behandlungsalternativen. | - Prognose und Erfolgsaussichten der Behandlung. |
| - Mögliche Änderungen und Erweiterungen. | - Verhaltensweisen vor und nach der Operation. |

☒ **Ich bin vollständig informiert und aufgeklärt!**

Meine Fragen, insbesondere über die Art und den Ablauf der Behandlung, über die Vor-/Nachteile und die Alternativen wurden beantwortet. Individuelle Risiken, sowie mögliche Komplikationen wurden verständlich dargestellt. Die Fragen zu den Vorerkrankungen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.

☒ **Ich willige** nach ausreichender Bedenkzeit und reiflicher Überlegung **in den vorgesehenen Eingriff ein**, sowie in Änderungen und Erweiterungen, wenn diese ärztlich erforderlich sind.

☐ Ich verzichte auf weitere Bedenkzeit und wünsche die Durchführung der Behandlung heute (falls der Eingriff aus medizinischen oder sonstigen Gründen heute stattfinden muss).

☐ Ich wünsche eine Kopie dieser Einwilligungserklärung! (Diese kann auch zukünftig jederzeit angefordert werden.)

☐ **Ich lehne die Behandlung ab!**

Mein behandelnder Arzt/Zahnarzt hat mich ausführlich und unmissverständlich über die möglichen Folgen und Risiken der Ablehnung der Behandlung aufgeklärt!

Die Behandlung kann nur durchgeführt werden, wenn die **rot markierten Felder** angekreuzt sind!

Aschaffenburg, _____
Datum

Unterschrift Patient/Betreuer/Erziehungsberechtigter

Ärztliche Dokumentation:

Der Patient bzw. der Entscheidungsträger ist in der Lage, nach der mit mir persönlich erfolgten Besprechung der Anamnese, Vorgehensweise und der Behandlungsrisiken, eine Entscheidung über die vorgeschlagene Behandlung zu treffen und seine Einwilligung zu geben bzw. die Behandlung abzulehnen.

☐ JA

☐ NEIN

Aschaffenburg, _____
Datum

Unterschrift Arzt/Zahnarzt