

**Dr. med. dent. C.J. Hayim M.Sc.**

*Ästhetische Zahnheilkunde  
Implantologie, Laserzahnmedizin  
Rüttenscheider Str. 194 - 196  
45131 Essen  
Tel. 0201 - 48 68 2900*



Einverständniserklärung

Ich, Frau/ Herr .....

erkläre mich mit dem operativen Einsetzen von Zahnimplantaten bei mir/meinem Sohn/meiner

Tochter.....geb. ....

durch ..... einverstanden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass es sich um ein Verfahren handelt, bei dem nicht garantiert werden kann, dass die Implantate auf Dauer einwachsen. Sie können in einem geringen Prozentsatz nach unterschiedlichen Zeiträumen verloren gehen. Ich bin damit einverstanden, dass das Behandlungsergebnis in meinem Fall dokumentiert und ohne Angabe meines Namens für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet werden kann. Dieses Einverständnis kann ich jedoch auch jederzeit widerrufen.

Weiterhin wurde ich darüber informiert, welche anderen Behandlungsverfahren bei mir möglich sind und welche Komplikationen mit der Behandlung verbunden sein können.

Mögliche Risiken:

Mir wurde versichert, dass nur praxisreife Verfahren zur Anwendung kommen. Die Entscheidung über die Wahl zwischen den mir erläuterten Systemen überlasse ich dem Operateur.

Mir ist bekannt, dass sich unter Umständen erst während des Eingriffs eine Erweiterung oder Änderung der geplanten Maßnahme herausstellen kann. Meine Fragen wurden beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten erfolgte soweit ich es wünschte. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung widerrufen kann.

Ich erkläre mich mit der vorgesehenen Maßnahme und Methode sowie mit erforderlichen Erweiterungen und Änderungen einverstanden. Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass das Ergebnis der Behandlung wesentlich von der Wahrnehmung regelmäßiger Nachuntersuchungen abhängig ist.

Ort: .....

Datum .....

.....  
Unterschrift des Patienten

.....  
Unterschrift des aufklärenden Arztes

.....  
Anwesende Zeugen