



Aufklärung und Einwilligung in den zahnärztlich - komplementären Eingriff

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Einwilligung in den folgenden zahnärztlichen Eingriff:

(kurze Beschreibung)

Ich wurde darüber unterrichtet, dass die oben genannte Maßnahme bei mir durchgeführt werden soll. Über Art, Zweck und Hergang des Eingriffes, sowie über seine wesentlichen Vor- und Nachteile und Risiken, auch im Vergleich zu anderen Methoden der Untersuchung, Behandlung, Operation und zum Unterlassen des Eingriffes wurde ich durch Herrn Dr. Tartsch umfassend informiert.

Mir ist bekannt, dass sich unter Umständen eine Erweiterung des Eingriffes und eine Erweiterung oder Änderung der geplanten Maßnahmen erst intraoperativ als notwendig herausstellen kann. Ich bin auf mögliche körperliche, seelische und berufliche Komplikationen in der Zeit nach dem Eingriff hingewiesen worden. Desweiteren wurde ich über folgende - wie bei jeder Operation - mögliche Komplikationen aufgeklärt:

- Schwellungen, Nachblutungen, Schmerzen
- Taubheitsgefühl (Lippe, Zunge)
- Verletzung der Nachbarzähne
- Wundheilungsstörungen
- Misserfolg
- Verletzung umgebender Strukturen

Ebenso wurden für meinen persönlichen Fall möglicherweise relevante Komplikationen ausführlich besprochen:

Ich nehme „Blutverdünner“

Nein

Ja

Ich nehme „Bisphosphonate“ (knochenwirksame Med/Osteoporose/Monatsspritze)

Nein

Ja

Ich bin immunsupprimiert

Nein

Ja

Meine Fragen wurden ausführlich beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht bzw. erfolgte soweit ich es wünschte. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung widerrufen kann.

Explizit wurde ich von Dr. Tartsch darauf hingewiesen, dass mit diesem Eingriff der Weg der Schulmedizin verlassen wird und er aus ganzheitlichen Gründen erfolgt. Dieser Eingriff ist daher nicht wissenschaftlich basiert sondern beruht auf den Erfahrungswerten der komplementären Medizin. Der Eingriff erfolgt daher auch ohne schulmedizinische Notwendigkeit auf meinen ausdrücklichen Wunsch.

Ich erkläre mich mit der vorgesehenen Maßnahme und Methode, sowie mit erforderlichen Erweiterungen und Änderungen einverstanden. Hierzu gehören insbesondere auch eine allfällige Blutentnahme zur Herstellung körpereigener Blutkonzentrate (PRF Verfahren zur Knochenregeneration). Ich wurde hierüber ausführlich informiert und erkläre mich einverstanden. Ich bin darüber unterrichtet worden, dass unter Umständen Fotodokumentationen meiner Operation erfolgen und erkläre mich damit einverstanden.

Auch über die voraussichtlichen Kosten für den Eingriff wurde ich schriftlich (sofern die Kosten 1000 CHF übersteigen) orientiert und bin damit einverstanden.

Ich versichere, dass ich in dem Anamnesebogen alle mir bekannten Krankheiten und Beschwerden genannt habe. Über das erforderliche Verhalten vor und nach dem Eingriff wurde ich belehrt, das entsprechende Informationsblatt Verhaltensregeln nach operativen Eingriffen habe ich erhalten und verstanden.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich einen Termin mindestens 24 Stunden vorher absagen muss, falls ich diesen nicht wahrnehmen kann.

_____ den _____

Datum der Aufklärung _____

Unterschrift Patient

Dr. Jens Tartsch