



## Operationseinwilligung

Name, Vorname

Geboren am

Winterbach, den

Entfernung der Zähne

Wurzelspitzenkappung

Zahnfreilegung

Wurzelrestentfernung

Gewebeprobeentnahme

Abszeßeröffnung – innen/außen

Implantatinsertion

Sonstiges

in örtlicher Betäubung

in ambulanter Sedierung

einverstanden bin, und dass ich allen sich bei der Ausführung dieses Eingriffs als notwendig erweisenden Maßnahmen, soweit diese zur ordnungsgemäßen Beendigung des Eingriffs erforderlich sind, zustimme.

**Direkte Operationsfolgen können sein:**

Schwellung, Hautverfärbung, Wundschmerz, Gefühlsstörung im OP-Gebiet

**Als Komplikationen können auftreten:**

Nachblutung, Wundheilungsstörung, Entzündung

Eröffnung der Kieferhöhle

Sichtbare Narben

Hautspannungsgefühl

**Als spezielle Operationsrisiken wurden genannt:**

Gefühlsstörung der Zähne und Unterlippe durch Nervverletzung (Taubheitsgefühl, Kribbeln)

Gefühls- und Geschmacksstörung der Zunge durch Nervverletzung

Kieferbruch, Knochenentzündung

Verletzung der Nachbarzähne

Zahnerhaltungsversuch

Implantatverlust

Sonstige Risiken und Nebenwirkungen

Über die Art und die Bedeutung des Eingriffs und evtl. alternative Behandlungsmethoden sowie über mögliche Auswirkungen bin ich unterrichtet worden. Ich habe keine Fragen mehr und gebe hiermit durch meine Unterschrift mein Einverständnis.

Unterschrift Patient oder Sorgeberechtigter

Bauer & Kollegen