



Dr. Volker Zinke | Dr. Friederike Dauter
PRAXIS FÜR MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE |
ORALCHIRURGIE | IMPLANTOLOGIE |
ALLG. ZAHNHEILKUNDE

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG VOR OPERATIVEN EINGRIFFEN

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung

(Art des Eingriffes)

bei mir/meiner Tochter/meinem Sohn

(Name, Vorname)

Ich versichere, dass ich über die Notwendigkeit, Art der Durchführung des Eingriffes sowie über allgemeine und spezielle Operationsrisiken, insbesondere über

Lokalanästhesie (Gefühlsstörungen Unterlippe/Kinn/Zunge möglich), Wundheilungsstörung, Schmerz, Schwellung, Nachblutung, Bluterguß, Gefühlsstörungen Unterlippe/Kinn/Zunge durch Nervenverletzungen, Verletzung von Nachbarzähnen, Unterkieferbruch, Rezidiv, Narbenbildung, im Oberkiefer Eröffnung der Kieferhöhle sowie die Möglichkeit der Zahnerhaltung und Behandlungsalternativen

in verständlicher Form aufgeklärt wurde. Die Aufklärung am Tage des Eingriffes erkenne ich an. Alle meine Fragen wurden ausreichend beantwortet.

Das Einverständnis des zweiten Erziehungsberechtigten bzw. Elternteils liegt gleichermaßen vor.

Leipzig, den _____

(Unterschrift Behandler)

(Unterschrift Patient)

