

Aufklärung und Einwilligung zur Operation

Z I C Zentrum für Implantologie und Chirurgie

Dr. Ulrich Baumgardt

Zahnarzt für Oralchirurgie

Name:.....Vorname:.....Geb. Datum:.....

Geplanter Eingriff:.....

Lokalanästhesie [] Analgosedierung [] Narkose []

Ich wurde über Art, Zweck und Hergang des Eingriffs, sowie über seine wesentlichen Vor- und Nachteile und Risiken, auch im Vergleich mit anderen Methoden der Operation und zum Unterlassen des Eingriffs informiert. 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 dem vorgesehenen Eingriff, sowie mit erforderlichen Erweiterungen oder Änderungen einverstanden. Über das erforderliche Verhalten vor und nach dem Eingriff wurde ich mündlich belehrt.

Besondere Probleme kamen ausführlich zur Sprache, insbesondere:

Groß-Gerau,

.....
Patient/gesetzlicher Vertreter