

Einverständniserklärung



Patient

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Ich gebe mein Einverständnis zur Durchführung von:

Mögliche Komplikationen sind leichte Schmerzen, Nachblutungen, Schwellungen von Wangen und/oder Lippen, Infektion und Wundheilungsstörungen. Auch begleitende Maßnahmen sind nicht immer frei von Risiken (z.B. Taubheitsgefühl nach lokaler Anästhesie).

Im Oberkiefer kann es zur Eröffnung der Nasen- oder Nasennebenhöhle kommen. Eine Entzündung der Nasennebenhöhle ist äußerst selten.

Im Unterkiefer können Zungennerv und der Unterkiefernerve durch die Anästhesie und durch den Eingriff selbst geschädigt werden. Die Folge davon ist ein vorübergehendes, sehr selten andauerndes Taubheitsgefühl der betreffenden Zungenseite bzw. der Lippenhälfte.

Bei noch am Folgetag anhaltender Betäubung, Nachblutung, stärkerer Schwellung, zunehmenden stechenden Schmerzen oder später auftretenden Beschwerden melden Sie sich bitte unverzüglich in der Praxis!

Auf die Möglichkeiten einer zusätzlichen DVT Diagnostik und die damit anfallenden Kosten wurde ich hingewiesen.

Auf meine Fragen wurde ausreichend eingegangen, folgende zusätzliche Aspekte wurden erörtert:

Vor der Operation sollten Sie:

» gut essen und Ihre Zähne gründlich reinigen

Nach der Operation sollten Sie:

» nicht essen solange die Betäubung anhält

» die Wunde von außen gut kühlen, wenig spülen

» eine Woche keinen Sport, kein Nikotin, keinen Alkohol

Halle (Saale), den _____

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten _____

Unterschrift des aufklärenden Arztes _____