

CENTRO DE ODONTOLOGÍA -> my-dentist-mallorca .com

Dr. Víctor J. Hernández Darias - Odontologo*Zahnarzt*Dentist

Col.N° 07001360 * NIF/NIE 78852805L

Avenida de Picasso 61 bjs drcha, E-07014 Palma de Mallorca

info@my-dentist-mallorca.com*Tel. (+34) 971 57 36 87*Móvil (+34) 648 66 81 08*Fax (+34) 971 57 36 88

Persönliche Daten

Datum:

Name:

NIE/NIF/Ausweisnummer:

Parodontosebehandlung **in örtlicher Betäubung/Lokalanästhesie**

Parodontose beginnt meist mit einer genetischen Veranlagung oder auch durch unzureichende Mundhygiene. Der Zahnstein, der aus der Verbindung von Zahnbelag, Speiseresten und Speichel entsteht, schädigt erst nur das Zahnfleisch. Es kommt zu einer Entzündung des Zahnfleisches, diese nennt man Gingivitis.

Es entsteht Mundgeruch und Zahnfleischbluten.

Das Zahnfleisch ist geschwollen und der Knochen bildet sich durch den aufliegenden Zahnstein zurück. In der Zahntasche befinden sich viele Bakterien die den Abbau beschleunigen und schlechten Atem verursachen.

Es bildet sich durch die Schwellung des Zahnfleisches und den Knochenabbau eine Tasche, die sie selbst nicht reinigen können. Das verursacht wiederkehrende Entzündungen die den Körper belasten und auch andere Erkrankungen wie Diabetes begünstigen. Um einen Zahnverlust zu vermeiden, empfiehlt Dr. Víctor J. Hernández Darias eine regelmäßige Kontrolle und Behandlungstherapie. Je nach Fortschreiten der Parodontitis, sind engmaschige Kontrollen/Reinigungen deshalb sehr wichtig für den Erhalt der Zähne.

Die tiefe Zahntaschenreinigung ist eine einmalige Behandlung die sie zu den empfohlenen Zeiten, in Begleitung von regelmäßigen Zahnreinigungen durchführen lassen sollten.

Die einzige Behandlungsalternative ist die Zahnextraktion mit anschließender Versorgung. DieMundhygiene ist sehr wichtig um die Bakterienanzahl gering zu halten.

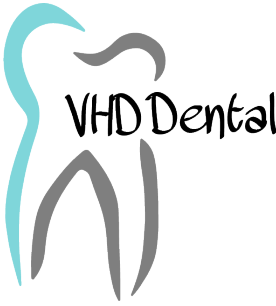
Einwilligung in den zahnärztlichen Eingriff

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 ausreichend informiert.

Mir ist bekannt, dass sich unter Umständen eine Erweiterung des Eingriffes und eine Erweiterung oder Änderung der geplanten Maßnahmen erst später 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 **mögliche Komplikationen** aufgeklärt:

- Allergische Reaktionen
- Taubheitsgefühl
- Aspiration von Gegenständen
- Verletzung der Weichteilgewebe/Entzündungen
- Misserfolg, weiterer Behndlungsbedarf
- Empfindlichkeiten nach der Behandlung
- Zahnverlust



CENTRO DE ODONTOLOGÍA -> my-dentist-mallorca .com

Dr. Víctor J. Hernández Darias - Odontologo*Zahnarzt*Dentist

Col.N° 07001360 * NIF/NIE 78852805L

Avenida de Picasso 61 bjs drcha, E-07014 Palma de Mallorca

info@my-dentist-mallorca.com*Tel. (+34) 971 57 36 87*Móvil (+34) 648 66 81 08*Fax (+34) 971 57 36 88

Persönliche Daten

Datum:

Name:

NIE/NIF/Ausweisnummer:

Besondere Probleme bei mir kamen ausführlich zur Sprache, insbesondere:

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.

Ich erkläre mich mit der vorgesehenen Maßnahme und Methode, sowie mit erforderlichen Erweiterungen und Änderungen einverstanden. Ich bin darüber unterrichtet worden, dass unter Umständen Fotodokumentationen erfolgen und erkläre mich damit einverstanden. Ich versichere, dass ich in der Krankengeschichte/Anamnese alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Über das erforderliche Verhalten vor und nach der Behandlung wurde ich belehrt.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich einen Termin mindesten 24 Stunden vorher absagen muss, falls ich diesen nicht wahrnehmen kann. Mir ist bewusst, dass ich im Falle eines unentschuldigten Fehlens, sowie einer verspäteten Terminabsage eine Ausfallgebühr in Höhe von 50 € zu entrichten habe.

Unterschrift des Patienten