

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

Name:

NIE/NIF/Ausweisnummer:

Endodontie/Wurzelkanalbehandlung **in örtlicher Betäubung/Lokalanästhesie**

Wenn bei Ihnen eine große Karies oder bereits eine Entzündung an der Wurzelspitze festgestellt wurde und sie Ihren Zahn erhalten möchten, führt Dr. Víctor J. Hernández Darias eine Wurzelkanalbehandlung durch. Die Erfolgchancen für diesen Eingriff sind individuell und werden bei uns ausführlich besprochen.

Die Behandlung findet in ein bis vier Sitzungen statt und dauert jeweils zwischen 30 Minuten und einer Stunde. Es werden bis zu vier Röntgenaufnahmen durchgeführt, um die Messlänge und das Abschlussergebnis beurteilen zu können.

Die Wurzelkanäle werden bei uns immer mit speziellen Feilen maschinell aufbereitet und gereinigt. Die Spülungen erfolgen mit einer milden Desinfektionslösung, sodass der Wurzelkanal optimal auf die folgende Wurzelfüllung mit Guttapercha vorbereitet ist.



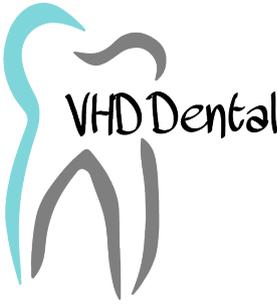
Einwilligung in den zahnärztlichen Eingriff

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 intraoperativ 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:

- Schwellungen, Nachblutungen sowie Schmerzen
- Taubheitsgefühl
- Aspiration von Gegenständen
- Fraktur von Instrumenten, Verbleiben im Zahn
- Verletzung/Verlust der Nachbarzähne
- Eröffnung/Entzündung der Kieferhöhle
- Misserfolg



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

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 meiner Operation/des Eingriffs 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 dem Eingriff 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