

## 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:

### **Laborgefertigte Zahnprothesen** **in örtlicher Betäubung/Lokalanästhesie**

Sie besitzen mehrere Zähne die eine Versorgung benötigen, oder vielleicht gar keine Zähne mehr, es gibt für alles eine Lösung.

Dr. Víctor J. Hernández Darias empfiehlt in Ihrem Fall eine herausnehmbare oder festsitzende Versorgung aus Kunststoff, Zirkonoxid oder anderen keramischen oder metallischen Materialien. Welches Material bei Ihnen verwendet wird, hängt von der Lage, von der notwendigen Haltbarkeit und von ihren persönlichen Gewohnheiten und dem Kauverhalten ab. Die Erfolgchancen für diesen Eingriff sind individuell und werden bei uns ausführlich besprochen, bei einer guten Mitarbeit Ihrerseits sind sie sehr hoch. Eine unzureichende Mundöffnung und sehr hoher Speichelfluss können die Haltbarkeit und den Behandlungserfolg negativ beeinflussen. Die Mundhygiene ist besonders zu beachten.

Die Behandlung findet in mehreren Sitzungen statt und dauert jeweils zwischen 30 Minuten und einer Stunde/Zahn. Die Dauer der gesamten Behandlung ist individuell und hängt ebenso von ihrer Mitarbeit ab.

Nach der Vorbereitung der Schleimhaut, der Zähne oder der Implantate erfolgt die Weiterbehandlung.

Es werden Abformungen des Gebisses mit verschiedenen Silikonen und Alginaten durchgeführt. Anschließend erfolgt eine mit Ihnen gemeinsame Farbauswahl und die Fertigung eines Provisoriums. Je nach Versorgung besitzen Sie eventuell schon ein Provisorium von uns. Es erfolgen Messungen der Bisshöhe, Bissanahmen und Möglicherweise mehrere Anproben der geplanten Zahnversorgung.

Behandlungsalternativen/Behandlungsmöglichkeiten sind herausnehmbare oder festsitzende Möglichkeiten, die wir im Gespräch klären.

### **Einwilligung in den zahnärztlichen Eingriff**

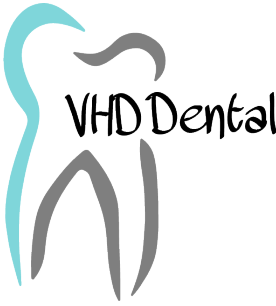
Ich wurde darüber unterrichtet, dass die oben genannte Maßnahme bei mir durchgeführt werden soll.

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
- Misserfolg, weiterer Behandlungsbedarf
- Schädigung des Zahnnervs
- Empfindlichkeiten nach der Behandlung
- Inkorrekte Farbanpassung/Bissanpassung
- Druckstellen, schlechter Sitz



## 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**