



VHD Dental

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

Dr. Victor J. Hernández Darías - 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/Personal data/Datos personales**

**Datum/Fecha/Date:**

Name/Nombre y Apellidos:

Geburtsdatum/Date of birth/Fecha de Nacimiento:

## **Patientenaufklärungsbogen** **Zahnextraktion**

Versuche Ihren Zahn zu erhalten sind gescheitert, er ist zu stark zerstört, entzündet oder elongiert. Der Zahn wird meist unter örtlicher Betäubung gezogen. Eine Behandlung unter leichter oder vollständiger Sedierung ist ebenfalls möglich, hierzu bekommen sie dann zusätzliche Aufklärungen.

Vor dem Eingriff ist es sinnvoll etwas gegessen und getrunken zu haben, um anschließenden möglichen Kreislaufbeschwerden vorzubeugen. Ein starker Druck und Zug, sowie unangenehme Geräusche sind immer normal. Der Zahn wird durch kleine elastische Bänder im Zahnfach gehalten, wenn diese bei der Extraktion reißen, knackt es manchmal sehr laut.

Sollte der Zahn während des Vorganges brechen, ist eine Knochenfräsung keine Seltenheit. Es wird der Knochen um die Zahnwurzel herum erweitert, um das verbliebene Wurzelstück zu entfernen.

Wir werden zu jeder Zeit über weitere Maßnahmen informieren.

### **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
- Wundheilungsstörungen/ Infektionen
- Aspiration von Fremdkörpern
- Taubheitsgefühl in der Unterlippe, Zunge, Nase, Gesicht
- Verletzung/Verlust der Nachbarzähne, Kieferbruch
- Verlust anderer Zähne
- Eröffnung der Kieferhöhle
- Entzündung der Kieferhöhle
- Allergische Reaktionen



VHD Dental

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

Dr. Victor J. Hernández Darías - 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:

Ich bin darüber unterrichtet worden, dass unter Umständen Fotodokumentationen meiner Operation erfolgen und erkläre mich damit einverstanden. Ich versichere, dass ich in der Krankengeschichte/Patientenanamnese alle mir bekannten Leiden und Beschwerden, sowie Allergien genannt habe.

Über das erforderliche Verhalten vor und nach dem Eingriff wurde ich belehrt.

Die Einverständniserklärung zur Behandlung habe ich gelesen und verstanden.

Art, Umfang, Risiken und Erfolgchancen der Behandlung wurden mir in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch eingehend erläutert. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Bedenkzeit.

Ich erkläre mich mit der Behandlung vollumfänglich einverstanden.

Palma de Mallorca,

Unterschrift/Signature/Firma