

## Implantologische Aufklärungsdokumentation

Immer mehr formaljuristische Sachverhalte halten Einzug auch in die Medizin. Daher müssen wir dokumentieren, dass Sie über alle Belange der bei Ihnen geplanten Implantatbehandlung aufgeklärt wurden.

### 1. Prothetische Aufklärung

Ich wurde über die unterschiedlichen, auch nicht implantatgetragenen, Versorgungsformen meiner Gebissituation von meinem Zahnarzt aufgeklärt. Ich habe die Aufklärung verstanden und habe keine Fragen mehr.

### 2. Implantologische Aufklärung

Ich wurde von meinem Zahnarzt über die Grundlagen, den Ablauf und die Risiken der bei mir geplanten Implantatbehandlung einschließlich Misserfolg aufgeklärt. Ich habe die Aufklärung verstanden und habe keine Fragen mehr.

### 3. Operationsaufklärung

Ich wurde von meinem Zahnarzt über die möglichen speziellen Risiken und Komplikationen der bei mir geplanten Implantation mit ausreichendem Zeitabstand aufgeklärt. Ich habe die Aufklärung verstanden und habe keine Fragen mehr.

### 4. Implantatreinigung

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Entfernung von harten und weichen Belägen erforderlich ist, um einen optimalen Hygienezustand für den implantatchirurgischen Eingriff zu gewährleisten. Um die optimale Sicherheit der Versorgung zu erreichen, ist eine halbjährliche Kontrolle der Mundhygiene erforderlich. Der Preis ist abhängig von der Anzahl der Zähne und dem notwendigen zeitlichen Aufwand, jedoch höchstens 62,28 EUR je Sitzung.

### 5. Kostenaufklärung

Ich wurde von meinem Zahnarzt schriftlich über den voraussichtlichen Kostenrahmen der bei mir geplanten Implantatbehandlung aufgeklärt. Ich weiß, dass Implantatbehandlungen eine reine Privatbehandlung darstellen, deren Kosten ich selbst übernehmen muss. Erstattungen gesetzlicher Krankenversicherungen sind nicht zu erwarten. Die Rechnungslegung erfolgt in zwei Schritten, die erste nach Implantatsetzung und die zweite nach Fertigstellung des Ersatzes. Zu den Kosten habe ich keine Fragen mehr. Ich willige ausdrücklich in die Behandlung und die Kosten ein.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

Behandelnder Zahnarzt \_\_\_\_\_

**Mündliche Aufklärungsüberprüfung durchgeführt. OP-Risiken erklärt.  
Keine offenen Fragen.**