

# Einwilligung

in einen zahnärztlichen Eingriff:  
Operative Entfernung folgender Zähne:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patientenname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

In lokaler Betäubung

Intubationsnarkose



**TAGESKLINIK für ORALCHIRURGIE  
und IMPLANTOLOGIE**

**Dr. med. dent. Martin Hackenberg  
FACHZAHNARZT für ORALCHIRURGIE  
und Kollegen**

**QM-Zertifizierung (EPA), AQUA-Institut**



**Mitglied  
im Implantatnetzwerk Nordschwarzwald**

Liebenzeller Str. 45 · 75328 Schömberg

Telefon: (0 70 84) 43 81

mail@z-hackenberg.de · www.z-hackenberg.de

**Für die an mir / meinem Sohn / meiner Tochter geplante Zahnextraktion wurde ich über folgende Inhalte aufgeklärt.  
Ich habe dies verstanden und erkläre mich damit einverstanden:**

1. Die Entfernung von Zähnen ist ein operativer Eingriff, der zu möglichen Komplikationen führen kann, wie z. B. Nachblutungen, Entzündungen, Verletzung von Nachbarzähnen und anatomischen Strukturen, Kieferbruch, Narbenbildung, etc.
2. Der Eingriff wird unter örtlicher Betäubung, auf Wunsch auch in Teil- oder Vollnarkose ausgeführt. Das dabei verwendete Anästhetikum kann zu Unverträglichkeit führen. Nervenschädigungen und Injektionsblutungen sind nicht völlig auszuschließen.
3. Allgemeinleiden und Vorerkrankungen können negative Auswirkungen auf eine Zahnextraktion haben. Ich bin darüber informiert, dass ich entsprechende Erkrankungen dem behandelnden Zahnarzt vorher mitteilen muss.
4. Wundheilungsstörungen oder selten vorkommende Komplikationen im Rahmen der durchgeführten Zahnextraktion können nicht ausgeschlossen werden. Eine Erfolgsgarantie oder der völlige Ausschluss von Risiken ist bei Heileingriffen nicht möglich.
5. Unter Umständen kann es im Unterkieferbereich zu einer Beeinträchtigung oder zu einem Gefühlsverlust im Bereich der Zunge oder der Lippe kommen. Ein Geschmacksverlust kann ebenfalls eintreten. Diese Folgen sind meistens nur vorübergehend, können im seltenen Einzelfall aber auch dauerhaft auftreten.
6. Bei Zahnentfernung im Oberkiefer ist eine Eröffnung der Kieferhöhle möglich. Dies wird durch einen speziellen, dichten Wundverschluss behoben. In seltenen Fällen kann das eine Nebenhöhlenentzündung mit den bekannten Beschwerden zur Folge haben. Ich bin darüber informiert, dass die unter Nr. 5. und 6. aufgeführten Folgen in meinem konkreten Fall auftreten können und ich bin über die bestehenden Risiken aufgeklärt worden.
7. Nach der Zahnextraktion ist eine Nachsorge- und Kontrolluntersuchung sinnvoll und notwendig.

Ich wurde über den Ablauf und die Folgen des bei mir geplanten chirurgischen Eingriffs und alternative Behandlungsmethoden von meinem behandelnden Zahnarzt umfassend mündlich aufgeklärt. Meine Fragen hierzu wurden für mich verständlich und vollständig beantwortet, ich habe keine weiteren Fragen. Sollte im Falle eines nicht vorhersehbaren Befundes während des operativen Eingriffs, eine von der mündlichen Aufklärung nicht erfasste Erweiterung oder Änderung der geplanten Operation notwendig sein, die der Abwendung von Gesundheitsgefahren dient, so erkläre ich dazu auch ohne die vorherige, spezielle mündliche Aufklärung meine Einwilligung. Mir ist bekannt, dass entstandene Ausfallkosten (z. B. für Vorbereitung, Planung, Anästhesisten etc.) unter Umständen in Rechnung gestellt werden können, wenn ich einen Behandlungstermin verschuldet versäume oder nicht rechtzeitig absage.

**Mir ist bekannt, dass ich die Behandlungseinwilligung bis zum Beginn der Behandlung noch widerrufen kann.  
Ich habe eine Durchschrift / Kopie dieses Formulars bzw. dieser Erklärung für meine Unterlagen erhalten.**

Ich verzichte auf die Einhaltung einer Aufklärungsfrist gem. § 630 e II Nr. 2 BGB vor dem Behandlungsbeginn/operativen Eingriff.

\_\_\_\_\_  
Schömberg, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift: Patient / ges. Vertreter / Bevollmächtigter

\_\_\_\_\_  
Anwesende Helferin