

**Einwilligung für einen operativen Eingriff bei:**

.....  
**Geplante(n) Behandlungsmassnahme(n):** .....

**Komplikationen und Risiken**

Generell: Schmerzen, Blutungen, Schwellungen, Infektionen/Entzündungen, Wundheilungsstörungen, Bluterguss, Schädigung von Nachbarstrukturen (Zähnen, Nerven, Gefässen, Kieferhöhlen, etc.), vorübergehende, aber manchmal auch bleibende Gefühlsstörungen der Lippen, des Kinns, der Schleimhaut, der Zähne, der Zunge oder Geschmacksstörungen, Verlust von Implantaten.

Spezifisch:

Alternative Behandlungsmöglichkeiten: .....

Indikation, Notwendigkeit für den Eingriff: .....

Ich bin ausreichend und verständlich über die geplante Therapie, Art und Hergang des Eingriffs, mögliche Risiken oder Komplikationen, verwendete Materialien, die prä- und postoperativen Verhaltensregeln sowie über die Notwendigkeit von Nachkontrollen und Pflege aufgeklärt und informiert worden. Ich weiss, dass während des Eingriffs eine Änderung oder Erweiterung der geplanten Massnahme erforderlich sein könnte. Meine Fragen, die ich im Zusammenhang mit dem durchzuführenden Eingriff hatte, sind mir ausreichend beantwortet worden. Ich habe die Merkblätter ..... gelesen und verstanden.

Ich bin einverstanden, dass die vorgesehenen Massnahmen und gegebenenfalls Änderungen oder Erweiterungen durchgeführt werden.

Ich bestätige hiermit, dass ich auf alle Fragen, die mir bezüglich meines Gesundheitszustandes gestellt worden sind, wahrheitsgetreu Auskunft gegeben habe (Gesundheitsfragebogen).

Datum

Unterschrift

.....

.....