



# DENTOSOPHIEZENTRUM

Franka Meuter

## Einverständniserklärung für Patient/in: \_\_\_\_\_

Ich, \_\_\_\_\_, willige hiermit in folgende operative Maßnahme ein:

- funktionelle Frenuloplastik- Zungenband- OP
- labiale Frenuloplastik im Oberkiefer
- labiale Frenuloplastik im Unterkiefer

Ich habe die Möglichkeit gehabt über das Risiko, den Nutzen und ein alternatives Vorgehen zum vorgeschlagenen chirurgischen Eingriff zu sprechen. Ich gebe meine schriftliche Einwilligung nach diesem Aufklärungsgespräch.

**Ich habe verstanden, dass alle Eingriffe mit Risiken verbunden sind. Es besteht die Möglichkeit von Blutung, Schmerzen, schlechter Wundheilung, Infektion, Narbenbildung, myofaszialer Dysfunktion, Misserfolg des Eingriffs, Verletzung angrenzender Strukturen. Sollte die Notwendigkeit einer Revisionsoperation oder zusätzlicher therapeutischer Eingriffe z.B. Injektion von Kenalog medizinisch notwendig sein, trage ich diese auf eigene Kosten.**

Mir ist bekannt, dass die Behandlungsergebnisse je nach Patienten und den zugrunde liegenden Umständen variieren können und dass keine Garantie für den möglichen Erfolg des Verfahrens gegeben werden kann, um das gewünschte Ergebnis zu erzielen.

Nichtsdestotrotz weiß ich, dass meine Behandlerin und ihr Team alles tun werden, um mir/meinem Kind zu helfen, ein optimales Ergebnis zu erzielen, und zwar im Rahmen ihres Fachgebiets und ihrer Praxisrichtlinien.

### Darüber hinaus erkläre ich mich mit folgendem einverstanden:

1. Ich werde eine gründliche und vollständige Anamnese erstellen. Ich bringe eine vollständige Liste meiner Medikamente mit Dosierung mit. Ich bin damit einverstanden, dass falls es Fragen bezüglich meines Gesundheitszustandes geben sollte, sich die Behandlerin mit meinem behandelnden Arzt in Verbindung setzen kann.
2. Die Art und der Zweck des Verfahrens wurden erläutert, was bedeutet, dass keine Garantie für das Behandlungsergebnis gegeben werden kann. Ich weiß, dass ich die Möglichkeit habe, mich nach alternativen Behandlungsmethoden zu erkundigen.
3. Ich bin auch mit der Verabreichung eines Lokalanästhetikums einverstanden. Mir ist bekannt, dass die Verabreichung von Betäubungsmitteln und die Durchführung eines chirurgischen Eingriffs bestimmte allgemeine und persönliche Risiken oder Komplikationen bringen kann, wie z.B. aber nicht ausschließlich: Blutung, Schwellung, Unwohlsein, Übelkeit, Infektion, myofaszialer Schmerz. Ich verpflichte mich, die postoperativen Anweisungen zu befolgen. Ich habe verstanden, dass ein Versäumnis, mich um meine Gesundheit zu kümmern, zu weiteren Komplikationen führen kann.
4. Ich werde die Behandlungskosten gemäß den Richtlinien der Praxis in voller Höhe bezahlen. Ich verstehe, dass ich selbst dann für die Kosten aufkommen muss, wenn ein Kostenvoranschlag der Versicherung vorliegt oder ein Verfahren vorab genehmigt wurde. Ich bin für alle Kosten verantwortlich, die von meiner Versicherung nicht übernommen werden.
5. Ich kann gerne Fragen zu allen Aspekten meiner Behandlung stellen und werde um Informationen bitten, wenn ich verwirrt bin oder Informationen benötige. Ich bin selbst dafür verantwortlich, alle Aspekte meines Behandlungsplans zu klären, die mir nicht ausreichend erklärt wurden.

### Zustimmung und Genehmigung

Hiermit genehmige ich die Behandlung und verpflichte mich, alle damit verbundenen Kosten zu übernehmen. Gebühren, die nicht von meiner Versicherung gedeckt sind, werden nach Benachrichtigung durch die Praxis unverzüglich bezahlt. Ich habe dieses Dokument, in dem die Praxis- und Finanzpolitik des Dentosophiezentrums dargelegt wird, vollständig gelesen und verstanden. Ich erkläre mich vorbehaltlos damit einverstanden, mich an die angemessene Erklärung zu halten.

Formular ausgefüllt von:

Name..... Datum: ..... Franka Meuter MSc Datum: .....

Unterschrift: ..... Unterschrift: .....