

# Allgemeine Einwilligungserklärung

## INFORMATION DEN ZAHNARZT

Mein liebe/r Kollegin/Kollege

Es ist obligatorisch, die informierte Zustimmung des Patienten für jeden Eingriff, der am Patienten durchgeführt werden soll, einzuholen.

Diese Zustimmung erfolgt, wenn die Entscheidung des Patienten erklärt wird, nachdem der Patient klare Informationen über die medizinischen Verfahren erhalten hat, die für die Mund- und Zahngesundheit durchgeführt werden können, und deren erwartete Auswirkungen.

Bei größeren chirurgischen Eingriffen ist eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten einzuholen. Auch wenn es in anderen Verfahren nicht erforderlich ist, dass die informierte Einwilligung schriftlich vorliegt, ist sie im Hinblick auf die Nachweisbarkeit im Bedarfsfall vorteilhaft.

Das beigefügte Muster der Einwilligungserklärung wurde vollständig als Beispiel erstellt. Nachdem Sie dem Patienten die notwendigen Informationen gegeben haben, kann anhand dieses Beispiels eine Einwilligungserklärung erstellt werden. Für den Fall, dass die medizinische Behandlung spezifisch ist und/oder zusätzliche Risiken aufgrund des persönlichen Zustands des Patienten bestehen, sollte dies dem Patienten mitgeteilt und in der Einwilligungserklärung gesondert angegeben werden.

Abschließend ist zu betonen, dass die unaufgeklärte Einholung der Unterschrift des Patienten nicht als echte Einwilligung anzusehen ist. Informieren Sie den Patienten über die Einwilligung, Behandlungsoptionen, durchzuführende Arbeiten und mögliche Risiken.

Es ist gültig, wenn die wissenschaftlichen Informationen klar und verständlich erklärt werden und die Zustimmung dazu erteilt wird.

Mit freundlichen Grüßen.

## ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Herr/Frau

Das medizinische Verfahren, das Ihnen zur Lösung Ihres Mund- und Zahngesundheitsproblems empfohlen wird, und einige der Angelegenheiten, die Ihnen mündlich erklärt und von Ihnen in der Informationsbroschüre für Erwachsene/Pädiatrische Patienten gelesen werden, werden unten schriftlich dargestellt.

Lesen Sie die Informationen, die Sie erhalten haben. Auf diese Weise erhalten Sie Informationen über die Behandlungen, die bei Ihnen oder Ihrem Vormund angewendet werden. Zweck dieser Erläuterungen ist es, Sie zu informieren und am Behandlungsprozess teilzunehmen, um Ihre Mund- und Zahngesundheit zu verbessern und zu schützen.

Sie sollten Ihren Arzt über Ihre aktuellen systemischen Erkrankungen, die von Ihnen eingenommenen Medikamente und Ihren allgemeinen Gesundheitszustand informieren. Ob Sie eine Angelegenheit zurückhalten oder erklären  
Die daraus entstehende Verantwortung liegt bei Ihnen.

Während Ihrer Bewerbung in unserer Klinik ist es Ihr selbstverständlichstes Recht, über die Untersuchung und Bewertung, Untersuchungen, Verfahren und Kosten informiert zu werden, die vor der zahnärztlichen Behandlung durchgeführt werden müssen.

Es liegt an Ihnen, das Verfahren zu genehmigen, nachdem Sie sich über die Vorteile, möglichen Risiken und Kosten der Behandlung und Verfahren informiert haben.

Achten Sie darauf, Ihre Termine einzuhalten und pünktlich zu erscheinen, damit der Ordnungs- und Behandlungsablauf unserer Gesundheitseinrichtung nicht gestört wird. Wenn Sie nicht kommen können, sagen Sie Ihren Termin 24 Stunden vorher ab.

Wir wünschen Ihnen ein gesundes und glückliches Leben.

## **ALLGEMEINES EINWILLIGUNGSFORMULAR**

Der Unterzeichnete gehört mir / Patientenvormund

Ich wurde über die vom Zahnarzt/ Zahnärztin..... gestellte Diagnose und Behandlungsplanung, Behandlungsalternativen, Ergebnisse, unerwünschte Nebenwirkungen aufgeklärt und verstanden. Ich habe die Anwendung der Behandlung akzeptiert.

Mir wurde gesagt, verstanden und akzeptiert, dass sich die Planung mit neuen Situationen ändern kann, die während/während des Behandlungsprozesses auftreten können.

Ich wurde darüber informiert, verstanden und akzeptiert, dass die möglichen Risiken, die entstehen können, wenn die Behandlung nicht angewendet wird, die Kostenberechnungen gemäß den alternativen Anwendungen meiner Behandlung und gegebenenfalls die Konsultation anderer Ärzte angefordert werden.

Alle meine Fragen zu meiner Behandlung/Behandlung der Person, deren Vormund ich bin, wurden beantwortet. Es wurde erklärt, verstanden und akzeptiert, dass der Erfolg der Behandlungen auch von mir abhängt, dass ich die Empfehlungen und die Mundhygiene zu Hause befolgen sollte, dass ich die Empfehlungen bezüglich schädlicher Gewohnheiten, die aufgegeben werden sollten, befolgen sollte, und dass die Rezepte eingehalten werden sollten verwendet in Dosen und Zeiten in Übereinstimmung mit dem Rezept.

Mir wurde gesagt, ich habe verstanden und akzeptiert, dass die anzuwendenden Behandlungen dem Schutz der Mund- und Zahngesundheit dienen, dass medizinische Leistungen gewissenhaft durchgeführt werden, das Ergebnis aber bei medizinischen Eingriffen nicht garantiert werden kann.

Wie oben angegeben, habe ich die Zahnbehandlungen genehmigt und akzeptiert, die mir/ihrem Erziehungsberechtigten während der Behandlungsplanung erklärt und von mir akzeptiert wurden.

Über Rechte und Pflichten des Patienten, Rechte und Pflichten des Arztes wurde ich ausführlich aufgeklärt.

Nach Annahme der Behandlung stimme ich der Verwendung von Röntgenbildern, Fotos, Videos und anderen Dokumenten, die mir / meinem Vormund gehören, als anonymisierte Daten in Studien für pädagogische und / oder wissenschaftliche Zwecke zu.

Zulassen, dass meine personenbezogenen Daten an Drittinstitutionen .....weitergegeben werden, und einschließlich öffentlicher Institutionen und Organisationen (Schreiben Sie „Ich gebe“ oder „Ich gebe nicht“ in Ihrer Handschrift.)

.....Bitte schreiben Sie handschriftlich „Ich verstehe, was ich gelesen habe, ich akzeptiere“.

Datum:.....

Name-Nachname des Patienten:.....

Gesetzlicher Vertreter des Patienten (\* - Grad der Verwandtschaft) Vorname-Nachname:

.....

T.R. Identitätsnummer : .....

Adresse: .....

Telefon : .....

Unterschrift:

Vor- und Nachname des Arztes: .....

Datum: .....

Unterschrift:

\* Gesetzlicher Vertreter: Vormund für Vormundschaftsberechtigte, Eltern für Minderjährige, gesetzliche Erben 1. Grades in deren Abwesenheit. (Bitte geben Sie den Grad der Nähe neben dem Namen des Angehörigen des Patienten an.)

## ÄNDERUNGEN IM BEHANDLUNGSPLAN

Folgende Änderungen wurden im Behandlungsplan vom ..... vorgenommen.

---

ZAHN	DIAGNOSE	GEPLANTE BEHANDLUNG

Mein Zahnarzt erklärte, warum eine Behandlungsänderung erforderlich ist, die damit verbundenen Risiken, mögliche Probleme, alternative Methoden, Änderungen, die nach der Behandlung auftreten können, die Erfolgchancen und Ereignisse, die während des Heilungsprozesses auftreten können.

Yukarıda belirtilmiş olan tedavi planındaki değişikliği kabul ..... (El yazınız ile “ediyorum” ya da “etmiyorum” yazınız.)

Name und Nachname

Unterschrift

Datum/Uhrzeit

Patient / gesetzlicher Vertreter des Patienten (*) -der Grad der Nähe			
Arzt, der die Informationen erstellt			
Übersetzer (falls verwendet)			

\*Gesetzlicher Vertreter: Vormund für Vormundschaftsberechtigte, Eltern für Minderjährige, gesetzliche Erben 1. Grades in deren Abwesenheit. (Bitte geben Sie den Grad der Nähe neben dem Namen des Angehörigen des Patienten an.)

**Klicken Sie hier für die Informationsbroschüre für**

**Klicken Sie hier, um die Informationsbroschüre für  
pädiatrische Patienten aufzurufen...**