

Aufklärung über eine zahnmedizinische Behandlung und Einwilligungserklärung

gemäß Patientenrechtegesetz (§§ 630a ff. BGB)

- | | | | | |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe | <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Schienen/ KBR | <input type="checkbox"/> Parodontologie | <input type="checkbox"/> Funktionsanalyse |
| <input type="checkbox"/> Implantologie | <input type="checkbox"/> Zahnerhaltung | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie | <input type="checkbox"/> Zahnersatz | |

Patient/ Minderjähriger: _____

Geburtsdatum: _____

**Gesetzlicher Vertreter/
Zahlungspflichtiger:** _____

Anschrift: _____

1. Diagnose (Befund und Indikation)
2. Behandlungsplanung
3. Behandlungsalternativen
4. Behandlungsablauf
5. Ziel der Behandlung
6. Behandlungsrisiken, Folgen
7. Folgen bei Unterlassung der Behandlung
8. Voraussichtliche Behandlungskosten und Eigenanteil
9. Aufklärung über die Trennung von Rechnung und Erstattung
10. Weitere Fragen

Hiermit erkläre ich, dass ich über die unter den 1 bis 10 aufgeführten Sachverhalte ausführlich aufgeklärt wurde.

Geplante Behandlung: _____

Mit der geplanten Behandlung erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Minderjähriger

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter/Zahlungspflichtiger