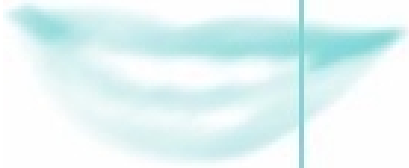




## Inhaltsangabe

1 Einverständniserklärung	2
2 Ärztliche Untersuchung für eine zahnärztliche Implantation	4
3 Merkblatt für unsere Patienten	6
4 Einwilligung	7
5 Einwilligung (Cerasorb™)	8
6 Verhalten nach dem Fädenziehen	9
7 Anlage zum Kostenvoranschlag	10



### 1 Einverständniserklärung

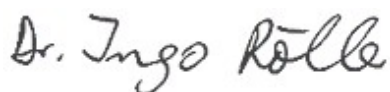
1. Ich bin über Wesen und Technik der Implantologie informiert worden und verstehe den Vorgang der chirurgischen Vorgehensweise. Es ist mir erklärt worden, dass ein Implantat in den Knochen eingesetzt wird.
2. Alle möglichen, zu meiner Indikation passenden alternativen Therapiemaßnahmen der zahnmedizinischen Rekonstruktion sind mir erklärt worden.
3. Ich bin vollständig darüber aufgeklärt worden, dass mögliche Risiken oder Komplikationen bei jedem chirurgischen Eingriff wie bei jeder Lokalanästhesie oder bei zusätzlichen Medikationen auftreten können. Über nachfolgende Komplikationen, wie Schwellung, Schmerzen, Infektionen oder allgemeines Unwohlsein bin ich informiert worden. Taubheiten der Lippe, Zunge, Wange, Kinn oder Zähne können in sehr seltenen Fällen auftreten (nur in Abhängigkeit des Einsetzgebietes!). Die exakte Dauer dieser möglichen Beeinträchtigung ist nicht vorauszusehen und mag in außergewöhnlichen & seltenen Fällen ggf. auch irreversibel sein. Zusätzliche Infektionen der Wunde, des Gefäßsystems oder des umliegenden Gewebes sind möglich. Ich bin darüber informiert worden, dass Knochenfrakturen, Einbrüche in die Kieferhöhle (nur in Abhängigkeit des Einsetzgebietes!), verzögerte Heilung oder allergische Reaktionen auf die Medikamente oder auf Anästhetika auftreten können.
4. Es ist mir bewusst, dass ich alle Veränderungen oder über das Maß des Normalen hinausgehende Schwierigkeiten nach der Operation unverzüglich meinem Zahnarzt anzeigen muss.
5. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass es bis zum heutigen Zeitpunkt keine Methode gibt, um die Heilungsmöglichkeiten des Knochens und des Zahnfleisches von vornherein festzulegen. Der Heilungsverlauf ist individuell unterschiedlich. Nach dem Heilungsverlauf richtet sich die weitere Behandlung.
6. Bei mir wird ein zweiphasiges Implantat eingesetzt. Bei zweiphasigen Implantaten wird die Einheilphase von ca. 6 Wochen bis zu 6 Monaten dauern, in Ausnahmefällen auch länger. In dieser Zeit bleibt das Implantat i. d.R. unter der Schleimhaut bedeckt oder weitgehend abgedeckt in Ruhe gelassen.
7. Ich bin darüber informiert worden, dass eine optimale Mundhygiene um die Implantate herum von mir vorgenommen werden muss. Der implantologische Erfolg wird durch eine optimale Mundhygiene wesentlich von mir beeinflusst.
8. Ich bin darüber informiert worden, dass keine Erfolgsgarantie für Implantate, wie bei jedem anderen medizinischen Eingriff auch, gegeben werden kann. Für den Fall eines Misserfolges muss das Implantat sofort entfernt werden. Den Zeitpunkt der Entfernung bestimmt mein Zahnarzt.
9. Ich bin darüber informiert worden, dass exzessives Rauchen (mehr als 10 Zigaretten am Tag), Alkoholabusus und parafunktionelle Belastungen meiner Implantate den Erfolg der Implantation wesentlich beeinträchtigen können. Ich erkläre mich mit einer halbjährlichen Inspektion meiner Implantate und der Suprakonstruktion einverstanden.

## Informationsmappe zur Implantation

10. Ich habe meinen Zahnarzt über alle zahnmedizinischen und medizinischen krankheitsrelevanten Hintergründe aufgeklärt und habe zusätzlich einen ärztlichen Fragebogen für meinen Arzt erhalten. Ich werde den Arzt bitten, den Untersuchungsbogen ausgefüllt an meinen behandelnden Zahnarzt weiterzuleiten.
11. Ich bin mit Röntgenaufnahmen und Fotografieren während des chirurgischen Eingriffes und bei nachfolgenden Untersuchungen einverstanden. Ich bin darüber informiert worden, dass nachfolgende Untersuchungen in sechsmonatigen Abständen zu erfolgen haben.
12. Mein Zahnarzt hat mich darüber aufgeklärt, dass implantologische Leistungen grundsätzlich Privatleistungen sind und auch als solche abgerechnet werden. Reduzierungen von Seiten der Krankenkasse/ Versicherungen gehen nicht zu Lasten des Zahnarztes, sondern werden von mir ausgeglichen.
13. Nachfolgende Untersuchungen oder Auswechseln der Implantate oder Veränderungen der Gesamtkonstruktion müssen von mir ohne Rücksicht auf die Bezuschussung durch die Krankenkassen oder Krankenversicherungen ausgeglichen werden.
14. Über mögliche gutachterliche Verfahren bei implantologischen Leistungen bin ich informiert worden. Mein Zahnarzt hat mich dahingehend unterrichtet, dass er alle im Rahmen des normalen Praxisverlaufes möglichen Fragen zur gutachterlichen Stellungnahme beantworten wird.

Mögliche Reduzierungen der Krankenkasse/ Versicherungen werden von mir einseitig ohne Rücksprache mit meinem behandelnden Zahnarzt nicht abgezogen.

Dortmund, den \_\_\_\_\_



**Dr. Ingo Röller**  
Zahnarzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

## Informationsmappe zur Implantation

### 2 Ärztliche Untersuchung für eine zahnärztliche Implantation

**BITTE BEIM HAUSARZT ABGEBEN!**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!**

Bei Frau/ Herrn \_\_\_\_\_ soll ambulant ein kieferchirurgischer Eingriff vorgenommen werden. Dieser besteht aus der Platzierung eines Titanimplantates in den Kieferknochen.

Ich möchte Sie um Untersuchung des o.g. Patienten bitten, folgende Befunde zu erheben und Krankheiten auszuschließen (bitte ankreuzen):

	Ja	Nein
<b>Viele Arztbesuche</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Viele Medikamente</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Corticoide (Tagesdosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cytostatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Marcumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____		
<b>Neurologische Erkrankungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Knochenerkrankungen</b> (Paget, Osteoporose, Recklinghausen) häufige Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Herz- und Kreislauferkrankungen</b> Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstige Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergien</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• auf Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• auf Procain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Metallallergie (besonders Titan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>sonstige Infektionserkrankungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Informationsmappe zur Implantation

	Ja	Nein
<b>Abweichungen vom Normwert beim Blutbild</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Differentialblutbild</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• BSG</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hepatitissuchbild / HIV</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bestehen ärztliche Einwände gegen eine Implantation bei diesem Patienten?**

Entscheidung und Verantwortung für den implantologischen Eingriff obliegen dem behandelnden Zahnarzt!

Darf ich Sie bitten, mir den Untersuchungsbogen unterschrieben baldmöglichst zurückzusenden.

---

Ort, Datum/Unterschrift des Arztes

Herzlichen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

*Dr. Ingo Röller*

**Dr. Ingo Röller**  
Zahnarzt

### 3 Merkblatt für unsere Patienten

Über das Verhalten nach einer Implantation und/oder Augmentation möchten wir Sie genau in Kenntnis setzen. Für Ihr eigenes Interesse eines guten Heilungsverlaufes bitten wir Sie, sich danach zu richten.

1. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie am Operationstag und zwei Tage danach nicht rauchen, keinen übermäßigen Alkohol sowie keinen Kaffee oder schwarzen Tee trinken sollten.
2. Am Operationstag sollte kein Kraftfahrzeug selbstständig geführt werden. Eingeschränkte Verkehrstüchtigkeit!!!
3. Schwellungen im Bereich des Operationsgebietes, der Wange und des Kinns sind normal und werden nach 3-5 Tagen abgeklungen sein. Eine Linderung erfolgt durch Kühlung von außen an der operierten Seite (kalter Umschlag, Plastikbeutel oder Wärmflasche mit Eisstücken, eingeschlagene Kühlelemente). Vermeiden Sie unbedingt direkte Wärme, körperliche Anstrengungen und nicht der Sonne aussetzen!!!
4. Der ggf. eingelegte Aufbißtupfer sollte nach 30-60 min. entfernt werden.
5. Mit dem Essen und Trinken erst nach Abklingen der örtlichen Betäubung frühsten wieder beginnen!
6. In den ersten drei Tagen ist flüssige oder streng passierte Kost sehr wichtig. Auf Milch- und Mehlspeisen möglichst verzichten!
7. Am ersten Tag nicht spülen; am nächsten Tag Mundpflege mit lauwarmem Wasser, Kamillentee, Chlorhexidinlösung, Meridol oder Wasserstoffsuperoxid (1 Esslöffel einer 3%igen Lösung auf 1 Glas Wasser). Ab 3. Tag vorsichtiges Zähneputzen und durch peinlichst genaue Mundhygiene bitte die anderen Zähne oder Kieferbereiche pflegen.
8. Jegliche körperliche Anstrengung für ca. 2 Wochen nach dem Eingriff streng vermeiden!
9. Den Mund im Bereich der Wunde nur ausspülen. In der Zeit der Einheilung keine Munddusche oder elektrische Zahnbürste verwenden. Nach dem Essen kurz mit lauwarmen Wasser ausspülen.
10. Bei einigen Operationstechniken kommen ggf. körperfremde Materialien in Form von kleinen Kügelchen o.ä. zum Einsatz. Gelegentlich kommt es vor, dass Einzelne sich im Mund verlieren. Dies stellt keine Beeinträchtigung des Operationserfolges dar.
11. Bei eventuellen kleineren Nachblutungen kurzfristig auf ein sauberes, gebügelt Taschentuch beißen. Sollte nach einer halben Stunde die Blutung noch nicht zum Stillstand gekommen sein, bitte sofort unser Praxisteam benachrichtigen.
12. Bei Eintritt eines Wundschmerzes Einnahme von höchstens Schmerztabletten. Die Fahrtauglichkeit ist bei höherer Dosierung und insbesondere bei zusätzlichem Alkoholenuss erheblich herabgesetzt. Bei anhaltenden Schmerzen vorzeitige Wiedervorstellung.
13. Belastungen von in die Mundhöhle ragenden Pfeilern müssen in der Einheilphase vermieden werden. Vorsicht beim Abbeißen und Kauen. **Nicht im Bereich der Implantate kauen.** Bitte kein Spielen mit den Fingern oder der Zunge an den Pfeilern oder den Fäden.
14. Wiedervorstellung am: \_\_\_\_\_

Ihr Praxis – Team  
Dr. Ingo Röllner

### 4 Einwilligung

Ich bin von meinem Zahnarzt **Dr. Ingo Röller** bei dem am \_\_\_\_\_ stattgefundenen Patientengespräch eingehend über die bei mir geplanten Behandlungsmaßnahmen informiert worden.

Ich gebe hiermit, nach Abwägung der ebenfalls besprochenen Risiken, meine Einwilligung zur Durchführung des implantologischen Eingriffs.

Dortmund, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

## Informationsmappe zur Implantation

### 5 Einwilligung (Cerasorb™)

*Zur Anwendung von Cerasorb™ in Verbindung mit aus eigenem Blut in der Praxis hergestelltem Thrombozytenkonzentrat (=plättchenreiches Plasma (PRP))*

Hiermit bestätigt der/die Unterzeichnende, dass ich eine zahnärztlich chirurgische Behandlung durch meinen Zahnarzt Dr. Ingo Röller wünsche.

Zur beschleunigten Knochen- und Wundheilung wird die Praxis Dr. Röller aus meinem Blut ein Thrombozytengemisch herstellen. Dieses wird mit dem Knochenaufbaumaterial Cerasorb™ vermischt und in das Operationsgebiet eingebracht. Über Art, Zweck und Herstellung des Eingriffes, sowie seine wesentlichen Vor- und Nachteile wurde ich informiert.

Ich bestätige, dass ich durch Dr. Röller über mögliche Gefahren und Grenzen der Behandlung unterrichtet wurde. Ich habe verstanden, dass insbesondere die Dauer der Knochenheilung individuell sehr unterschiedlich und nicht voraussagbar ist.

Ich bescheinige, dass ich vor dem Eingriff durch meinen Zahnarzt Dr. Röller noch Gelegenheit hatte, Fragen zu dem Eingriff und zu Komplikationsmöglichkeiten zu stellen.

Ich erkläre, dass ich keine Fragen mehr habe und meine gesundheitlichen Voraussetzungen internistisch geprüft bzw. einwandfrei sind.

Dortmund, den \_\_\_\_\_



**Dr. Ingo Röller**  
Zahnarzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

### 6 Verhalten nach dem Fädenziehen

1. Die Wunde spülen und mit einer weichen Zahnbürste vorsichtig pflegen. Je besser die Wunde verheilt ist, desto stärker und intensiver kann die Massage durch die Zahnbürste im Bereich des Operationsgebietes sein.
2. Bei Schmerzen oder ungewöhnlichen Erscheinungen, wie Zahnfleischbluten, Reizzustände und Schwellungen, sofort unsere Praxis aufsuchen.
3. Falls Sie nicht genau wissen, wie die Zahnpflege zu erfolgen hat, fragen Sie mich oder unsere Prophylaxehelferin Frau Anja Künzelmann.
4. Mindestens alle sechs Wochen erfolgt die Nachkontrolle des Implantates im unversorgten Zustand.
5. Nach der prothetischen Versorgung, die frühestens nach sechs Wochen begonnen wird, muss das Implantat peinlichst genau gepflegt werden.
6. Sollten Sie darüber hinaus Fragen haben, wenden sie sich bitte an mich oder an das Praxis-Team.

Dortmund, den \_\_\_\_\_



**Dr. Ingo Röller**  
Zahnarzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

### 7 Anlage zum Kostenvoranschlag

#### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Im Verlauf Ihrer zahnärztlichen Behandlung ist es zum jetzigen Zeitpunkt sinnvoll, eine Vorhersage über die zu erwartenden Kosten zu treffen.

Ich habe Ihnen bereits persönlich die notwendigen Behandlungsmaßnahmen erläutert und nun auf der Grundlage meiner Untersuchungen, Befundaufzeichnungen und Auswertung der diagnostischen Unterlagen eine Gebührenvorausberechnung für Ihren individuellen Behandlungsfall erstellen. Diese wird mit Ihrem Einverständnis und durch Ihre Unterschrift zum verbindlichen Behandlungsvertrag zwischen uns.

Die Kosten für die Behandlung sind gemäß der neuen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ 88) innerhalb des dort vorgesehenen Rahmens vorausberechnet.

Besondere Umstände bei der Behandlung wie z.B. die Anwendung aufwendiger werdender Methoden oder außergewöhnlich teurer Materialien können zu einer Erhöhung des Steigerungssatzes führen. Der Behandlungsverlauf kann daher den Multiplikator im Einzelfall nach oben oder unten verändern.

Wenn Sie nun unsere Kostenvereinbarung Ihren Kostenträgern zur Abklärung des Erstattungsanspruches vorlegen - sei es eine private Krankenversicherung oder eine Beihilfestelle - so werden Sie möglicherweise feststellen, dass diese Stellen Ihnen zum jetzigen Zeitpunkt keine definitive Zusage über den Erstattungsumfang geben können oder wollen. Die Gründe dieses Vorgehens sind mir nicht nachvollziehbar!

*Möglicherweise werden Sie auch feststellen, dass zwischen den voraussichtlichen Kosten Ihrer Behandlung und dem vorhergesagten Erstattungsbetrag eine Differenz verbleibt. Diese kommt in der Regel dadurch zustande, dass die Kostenträger von mittelwertigen Gebührensätzen ausgehen. Dabei wird dann der Einfachheit halber für die Vorausberechnung der Kostenerstattung der 2,3-fache Gebührensatz der jeweiligen zahnärztlichen Leistungen zugrunde gelegt. Hierbei handelt es sich vorsätzlich um eine falsche Auslegung der Gebührenordnung, denn der Verordnungsgeber sieht ausdrücklich Leistungen oberhalb des Faktors 2,3 vor.*

***Dieses pauschale Vorgehen der Erstattungsstellen ist geeignet, Sie als Patient in gewisser Weise zu verunsichern, und genau das ist wohl auch beabsichtigt.***

Ich kann Ihnen jedoch aus meiner Erfahrung mit den meisten privaten Krankenversicherern und Beihilfestellen berichten, dass auch Rechnungsbeträge oberhalb des 2,3-fachen Gebührenansatzes erstattet wurden, wenn sie in der Rechnung jeweils ausführlich begründet wurden. Die Angabe derartiger Begründungen ist für mich eine sogenannte nebenvertragliche Pflicht, der ich bei der Rechnungslegung, also nach Abschluss der Behandlung, gern nachkommen werde.

Laborkosten können nur im Vorfeld annäherungsweise geschätzt werden. Sie richten sich nach langjährigen Erfahrungswerten und sind erst nach Ausführung der Arbeit durch das Labor genau spezifizierbar.

Gelegentlich sind auch die Kosten für die notwendigen **zahntechnischen Leistungen** ein Problem. Das von mir beauftragte Dentallabor berechnet seine

## Informationsmappe zur Implantation

Leistungen nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (**BEB**). Diese Liste wurde von der Deutschen Zahntechniker-Innung erstellt und enthält alle zahntechnischen Leistungspositionen sowie den dazu gehörigen (berechenbaren) Zeitanatz. Diese Preisliste zahntechnischer Laborleistungen ist in Deutschland für **privatversicherte Patienten** üblich.

Demgegenüber gibt es im Bereich der **gesetzlichen Krankenkassen** eine weitere Gebührenordnung mit dem sehr ähnlich klingenden Namen "Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis" (**BEL**). Hierbei handelt es sich um eine vertragliche Vereinbarung zwischen den Sozialversicherern, der Zahn-Techniker-Innung und den Kassenzahnärzten.

Sollte Ihre Krankenversicherung sich auf den Standpunkt stellen, wonach zahntechnische Leistungen für Ihre Zahnbehandlung nur nach dieser BEL-Liste, also nur "auf Kassenniveau" abgerechnet werden dürfen, ist dies falsch, denn die zitierte Liste hat **nur zwischen den o.g. Vertragspartnern** rechtliche Relevanz und kann daher nicht ohne vorherige Absprache auf **Ihren Versicherungsvertrag** angewendet werden!

**Hinzu kommt, dass die Laborpreisliste der gesetzlichen Krankenkassen nicht alle für Ihren Behandlungsfall notwendigen zahntechnischen Leistungspositionen enthält. Dies gilt insbesondere für die erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung.**

Bitte überprüfen Sie daher Ihren Versicherungsvertrag, ob bei den Kosten für die zahntechnischen Leistungen Einschränkungen vereinbart wurden. Ansonsten muss Ihre private Krankenkasse vertragsgemäß zahntechnische Leistungen nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB) erstatten!

Ich hoffe, Ihnen mit diesen Ausführungen zum Verständnis des Kostenvoranschlags und Ihrer voraussichtlichen Kostenerstattung geholfen zu haben. Sollten Sie zu der Gebührenvorausberechnung weitere Fragen haben, will ich gern versuchen, diese zu beantworten.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Ingo Röller