

## Einverständniserklärung

Ich bin über folgenden geplanten Eingriff informiert worden ...

- Weisheitszahnentfernung
- Wurzelspitzenresektion
- Implantation
- Zystektomie

Genauer Behandlungsumfang:

---

---

---

---

---

Dr. Völker/Christian Müller hat mich in einem Aufklärungsgespräch ausführlich unterrichtet über ...

- die Diagnose,
- die zur Verfügung stehenden Behandlungsalternativen,
- den Ablauf der vorgeschlagenen Behandlung,
- Risiken der vorgeschlagenen Behandlung sowie Gefahren durch eine Nichtbehandlung des Leidens.

Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ich fühle mich angemessen informiert, habe keine weiteren Fragen und stimme dem o. g. Eingriff nach ausreichender Bedenkzeit zu.

---

Name Patient, Geburtsdatum Patient

---

Adresse Patient

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Zahnarzt