

# ZAHNÄRZTEKAMMER ISTANBUL

## ALLGEMEINE INFORMATION

Sehr geehrte/r .....,

Dieses Formular wurde erstellt, um Sie zu informieren und Ihre Einwilligung vor Beginn der Behandlung einzuholen.

Bitte lesen Sie es sorgfältig durch, füllen Sie die erforderlichen Felder aus und unterschreiben Sie am Ende.

Wenn etwas unklar ist, zögern Sie bitte nicht zu fragen – wir erklären es Ihnen gerne. Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihr Vertrauen.

Sie sind verpflichtet, Ihren Zahnarzt über eventuelle systemische Erkrankungen, Medikamente, die Sie derzeit einnehmen, sowie über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand zu informieren.

Sie tragen die Verantwortung für mögliche Folgen, die durch das Verschweigen oder die unvollständige Angabe solcher Informationen entstehen.

Während Ihres Besuchs in unserer Klinik haben Sie das Recht, über die vor der zahnärztlichen Behandlung durchzuführenden Untersuchungen, Bewertungen, Tests, Eingriffe und deren Kosten informiert zu werden.

So können Sie oder Ihr gesetzlicher Vertreter die geplanten Behandlungen nachvollziehen.

Diese Informationen dienen dazu, Sie umfassend aufzuklären und in den Behandlungsprozess zur Verbesserung und Erhaltung Ihrer Mund- und Zahngesundheit einzubeziehen.

Nachdem Sie über Nutzen, mögliche Risiken und Kosten der Behandlung informiert wurden, liegt es in Ihrem Ermessen, ob Sie die Zustimmung zur Durchführung erteilen.

Bitte erscheinen Sie pünktlich zu Ihren Terminen, um den Ablauf der Praxis und den Behandlungsplan nicht zu stören.

Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie Ihren Termin bitte mindestens 24 Stunden im Voraus ab.

Wir wünschen Ihnen ein gesundes und glückliches Leben.

---

## WICHTIGER HINWEIS

Obwohl Ihr Zahnarzt nur Erkrankungen im Bereich von Mund und Kiefer behandelt, sollten Sie nicht vergessen, dass diese Bereiche ein integraler Bestandteil Ihres Körpers sind.

Allgemeine Gesundheitsprobleme sowie Medikamente, die Sie früher oder derzeit einnehmen, können einen erheblichen Einfluss auf Ihre zahnärztliche Behandlung

haben.

Bitte beantworten Sie daher alle folgenden Fragen vollständig und korrekt.

---

## ALLGEMEINE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich, die unterzeichnende Person (oder der gesetzliche Vertreter des Patienten),  
wurde von Dr. ....  
über die Diagnose, den Behandlungsplan, alternative Behandlungsmöglichkeiten,  
mögliche Ergebnisse und unerwünschte Nebenwirkungen aufgeklärt.  
Ich habe die vorgeschlagene Behandlung verstanden und akzeptiert.

Ich wurde darüber informiert, dass sich während des Behandlungsverlaufs neue  
Umstände ergeben können, die eine Anpassung des Plans erforderlich machen. Ich  
verstehe und akzeptiere dies.

Ich wurde über die möglichen Risiken einer Nichtbehandlung, über alternative  
Kostenberechnungen sowie darüber informiert, dass bei Bedarf Konsultationen mit  
anderen Ärzten eingeholt werden können. Ich habe dies verstanden und akzeptiert.

Alle meine Fragen zur Behandlung (oder zur Behandlung der von mir vertretenen  
Person) wurden beantwortet.

Mir ist bewusst, dass der Erfolg der Behandlung auch von mir abhängt – insbesondere  
durch gute Mundhygiene, Befolgung der Anweisungen, Vermeidung schädlicher  
Gewohnheiten und Einnahme der verschriebenen Medikamente in der  
vorgeschriebenen Dosierung und Dauer.

Ich wurde darüber informiert, dass die vorgesehenen Behandlungen dem Schutz der  
Mund- und Zahngesundheit dienen und dass medizinische Leistungen mit der  
gebotenen Sorgfalt durchgeführt werden, jedoch kein bestimmtes Ergebnis garantiert  
werden kann.

Ich verstehe und akzeptiere dies.

Ich habe die während der Behandlungsplanung erläuterten und von mir genehmigten  
zahnärztlichen Behandlungen akzeptiert.

Ich wurde ausführlich über die Rechte und Pflichten des Patienten sowie die Rechte  
und Pflichten des Zahnarztes informiert.

---

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Röntgenaufnahmen, Fotografien, Videos  
und andere Unterlagen von mir/von der von mir vertretenen Person anonymisiert zu  
wissenschaftlichen oder Ausbildungszwecken verwendet werden dürfen.

Ich ..... („gebe“ / „gebe nicht“) meine Zustimmung, dass meine  
personenbezogenen Daten – auch gegenüber öffentlichen Einrichtungen – an Dritte  
weitergegeben werden dürfen.

**Bitte schreiben Sie handschriftlich:**

„Ich habe gelesen, verstanden und akzeptiere.“

Datum: .....

Name des Patienten: .....

T.C.-Nummer: .....

*Gesetzlicher Vertreter (– Verwandtschaftsgrad):\**

Name: .....

T.C.-Nummer: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

Unterschrift: .....

**Dolmetscher (falls vorhanden):**

Name: .....

Unterschrift: .....

**Zahnarzt:**

Name: .....

Datum: .....

Unterschrift: .....

\*Gesetzlicher Vertreter: Vormund für betreute Personen, Eltern für Minderjährige oder – falls nicht vorhanden – der nächste gesetzliche Erbe ersten Grades (bitte Verwandtschaftsgrad angeben).

---

**ÄNDERUNGEN IM BEHANDLUNGSPLAN**

Am ..... wurden folgende Änderungen im Behandlungsplan vorgenommen:

**ZAHN DIAGNOSE GEPLANTE BEHANDLUNG**

Mein Zahnarzt hat mir die Gründe für die Änderungen, die damit verbundenen Risiken, mögliche Komplikationen, alternative Methoden, den möglichen Verlauf, die Erfolgsaussichten und die Heilungsphase erläutert.

Ich ..... („akzeptiere“ / „akzeptiere nicht“) die oben genannten Änderungen des Behandlungsplans.

**Name / Unterschrift / Datum – Uhrzeit**

Patient / Gesetzlicher Vertreter (\* Verwandtschaftsgrad)

**Aufklärender Zahnarzt:** .....

**Dolmetscher (falls vorhanden):** .....

Jede Seite ist gesondert zu unterschreiben.

