



-Ihr Logo und Praxisdaten-



Aufklärung über eine zahnmedizinisch notwendige Behandlung

Behandlungsbereich

- Prophylaxe
- Chirurgie
- Funktionsanalyse
- Parodontologie
- Implantologie
- Schienen
- Zahnerhaltung
- Zahnersatz
- Kieferorthopädie
- Sonstiges



Name des Patienten

Behandler

● Diagnose

● Therapie

● Therapiealternativen

● Mögliche Risiken der Therapie

● Mögliche Folgen der Unterlassung

● Erwarteter Therapieerfolg

● Behandlungsablauf

● voraussichtliche Kosten

Hiermit erkläre ich, dass ich über die o.g. Sachverhalte ausführlich aufgeklärt wurde. Die angesprochenen Inhalte habe ich verstanden und habe dazu keine weiteren Fragen. Mit der geplanten Behandlung erkläre ich mich einverstanden.

Ort,

Unterschrift Patient

