

# Einwilligungsformular für die Insertion eines oder mehrerer *tomas*<sup>®</sup>-pins

im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung bei:

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Name des aufklärenden Arztes: \_\_\_\_\_

## 1. Informationen zum Eingriff

### Ablauf des Eingriffes:

- Lokalanästhesie
- Ausstanzen der Schleimhaut am Insertionsort
- Pilotbohrung
- Insertion des/der *tomas*<sup>®</sup>-pins
- Kopplung des/der *tomas*<sup>®</sup>-pins mit der kieferorthopädischen Apparatur
- Entfernen des/der *tomas*<sup>®</sup>-pins (nach Ablauf der Behandlung)

Die durch den vorgesehenen Eingriff bzw. die nachfolgende Therapie möglicherweise auftretenden Probleme sowie mögliche Konsequenzen kamen ausführlich zur Sprache, insbesondere:

### Allgemeine Nebenwirkungen / Komplikationen:

**Schmerzen** sind nach dem Eingriff möglich. Sie klingen i. d. R. innerhalb von Stunden ab. **Blutungen und Nachblutungen** sind extrem selten und können insbesondere bei Patienten mit erhöhter Blutungsneigung (Blutgerinnungsstörungen) auftreten. Bei **Allergie** oder **Überempfindlichkeit** (z. B. auf das Anästhesiemittel, Desinfektionsmittel, Latex) können vorübergehend zu Schwellungen, Juckreiz, Niesen, Hautausschlag, Schwindel und ähnliche leichtere Reaktionen führen. Schwerwiegende Komplikationen im Bereich lebenswichtiger Funktionen (Herz, Kreislauf, Atmung, Niere) und Schäden wie z. B. Organversagen, Lähmung sind extrem selten.

### Spezielle Nebenwirkungen / Komplikationen:

- die Gefahr von Verletzungen der Wurzel durch die räumliche Nähe des *tomas*<sup>®</sup>-pins zu den Zähnen
- Verletzung von Weichteilen im Rahmen der Insertion
- Fraktur, Lockerung oder vorzeitiger Verlust des/der *tomas*<sup>®</sup>-pins
- Entzündungen der Weich- und Hartgewebe um den *tomas*<sup>®</sup>-pin

### Verhalten nach dem Eingriff:

- nach dem Eingriff 24 h keinen Alkohol trinken, nicht rauchen und keinen Sport treiben
- nicht essen, solange die Anästhesie wirkt
- Im Rahmen der täglichen Zahnpflege ist die Region um den *tomas*<sup>®</sup>-pin entsprechend den Hinweisen des Arztes zu pflegen. In den ersten Tagen nach dem Eingriff kann eine Spülung mit chlorhexidin-haltigen Produkten notwendig sein. Im Rahmen der Nachsorge sind entsprechende Kontrolluntersuchungen in regelmäßigen Abständen notwendig.
- Bei anhaltender Nachblutung, stärkerer Schwellung, zunehmenden, pochenden Schmerzen oder erst später auftretenden Beschwerden im Insertionsbereich, bitte sofort die Ärztin / den Arzt verständigen.

### Kosten:

Die Anwendung von *tomas*<sup>®</sup>-pins zählt nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Auch private Krankenversicherungen und Beihilfestellen erstatten nicht immer alle erbrachten Leistungen und Materialkosten. Über die Kosten der Behandlung wurde ich informiert.

## 2. Einwilligung

Ich wurde darüber unterrichtet, dass die oben genannten Maßnahmen bei mir durchgeführt werden sollen. Über Art, Zweck und Hergang des Eingriffes, sowie über seine wesentlichen Vor- und Nachteile und Risiken, auch im Vergleich zu anderen Methoden der Behandlung und zum Unterlassen des Eingriffes, wurde ich mündlich informiert. Mir ist bekannt, dass sich unter Umständen erst während des Eingriffes eine Erweiterung oder Änderung der geplanten Maßnahme als notwendig herausstellen kann. Ich bin auch auf mögliche körperliche, seelische und berufliche Komplikationen in der Zeit nach dem Eingriff hingewiesen worden.

Meine Fragen wurden beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht bzw. erfolgte soweit ich es wünschte. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Ich erkläre mich mit der vorgesehenen Maßnahme, Methode, mit erforderlichen Erweiterungen und Änderungen und einer schriftlichen Erinnerung an notwendige Untersuchungen einverstanden.

Ich versichere, dass ich in der Krankengeschichte (Anamnese) alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Ergänzungen:

Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt, ich benötige keine weitere Überlegungsfrist.

- Ich willige** in die Insertion eines tomas<sup>®</sup>-pins **ein**. Mit der Anästhesie, mit eventuell notwendigen Änderungen und Erweiterungen der geplanten Behandlung sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Falls Sie bestimmte einzelne Maßnahmen ablehnen, bitte bezeichnen:

- 
- Ich willige** in die vorgeschlagene Behandlung **nicht ein**. Ich wurde darüber aufgeklärt, welche Folgen diese Entscheidung haben kann.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Patient\* Arzt, zzgl. Beglaubigung  
der Patientenunterschrift

---

\* Bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte