**Datum:**

**Allgemeine Informationen**

Lieber Patient,

Bitte lesen Sie die folgenden Informationen. Indem Sie diese Informationen lesen und unterschreiben, Sie erhalten Informationen zu der Behandlungen, die bei ihnen oder Ihrem Kind angewendet werden. Erfahren Sie die Vorteile und Risiken der Planung. Ich wünsche Ihnen ein gesundes und glückliches Leben.

Eingeschränkte Anästhesie zur Schmerzbekämpfung während der Behandlung. Bei Bedarf wird das Zahnfleisch oder die Wange zuerst mit einer Lokalanästhetikum (Spray) Betäubt. Wen dieser Bereich leicht betäubt ist wird mit einer Betäubende Flüssigkeit im Bereich des Zahnes eingespritzt dieser Bereich wird für eine Weile taub . Nach einer Lokalanästhesieanwendung können allergische Reaktionen, Gefühlsverlust, Blutungen, vorübergehende Muskel. Krämpfe und vorübergehende Gesichtslähmungen auftreten. Anwendung von örtlicher Betäubung ist immer erfolgreichso lange in diesem Gebiet keine anatomische Unterschiede oder Akute Infektionen vorhanden sind. lokal anästhesierter Bereich ist für ca. 2–4 Stunden taub. Es ist nicht empfohlen etwas zu essen und Trinken wahrend sie betäubt sind da sie sich dadurch auf die Wange oder auf die Lippen beißen könnten .Die Betäubung lasst in 2–4 nach während Ihrer Behandlungen ist möglicherweise eine Biopsie erforderlich. Damit unsere Gesundheitseinrichtung nach Terminen ausgerichtet ist bitten wir sie immer Pünktlich zu Ihren Terminen zu erscheinen. Wen sie zu Ihrem Termin nicht auftreten können bitte Stornieren sie Ihren Termin 24 Stunden vor Ihrer Behandlung.

**Allgemeines Einverständnisformular**

Ich wurde über Diagnose, Behandlungsplan und alternative Behandlungen informiert und Ich nahm die Behandlungen an. Mir wurde gesagt, dass sich die Planung der Behandlungen ändern könne. Ich habe es verstanden und akzeptiert. Alle meine Neugier und Fragen auf meine Behandlungen wurden beantwortet. Medikamente, die nach dem Rezept zu schreiben sind Die Notwendigkeit der Verwendung in Dosen und Dauern wurde erklärt und ich akzeptierte. Die Klinik hat erklärt, dass für die Behandlung keine langfristige Garantie gegeben werden kann und ich akzeptierte. Während meiner Behandlung meine persönlichen Gegenstände (Geld, Schmuck, Schmuck, Kleidung, Handy usw.) Mir wurde gesagt, verstanden und akzeptiert, dass ich Verantwortung und Sicherheit habe. Ich habe die angegebenen Zahnbehandlungen genehmigt und akzeptiert.

Patient ;

Name und Nachname:

PassNr :

Adrese : /

Tel :

Unterschrift ……………………………….....