



Die Einwilligung betrifft folgende Zähne:

Alternative Behandlungsmöglichkeiten wurden besprochen. Diese sind:

Über seltene, in meinem Fall speziell bestehende Risiken wurde ich aufgeklärt. Diese sind:

Alle meine Fragen wurden beantwortet.  
Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung widerrufen kann.

Ort

Datum

Patient oder gesetzlicher Vertreter  
(Die Unterschrift eines Elternteils gilt für beide Eltern.)

Zahnarzt

### Zusatzvereinbarung

(gegebenenfalls zusätzliche operative Eingriffe, zum Beispiel Zystenentfernung)

Ort

Datum

Patient oder gesetzlicher Vertreter  
(Die Unterschrift eines Elternteils gilt für beide Eltern.)

Zahnarzt

## Einwilligung

### zur operativen Entfernung von Weisheitszähnen

#### Patientendaten

Name: .....

Vorname: .....

geb. am: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Tel./Fax privat: .....

Tel./Fax geschäftlich: .....

Tel. mobil: .....

E-Mail: .....

Beruf\*: .....

Arbeitgeber\*: .....

\* Angabe freiwillig

Praxisstempel:



Empfohlen vom Berufsverband Deutscher Oralchirurgen