

## PATIENTENINFORMATION

### Parodontitisbehandlung

---

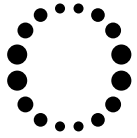
#### Name, Vorname

- **FAHREN** Sie in den nächsten Stunden *nicht selbst mit dem Auto*. Nutzen Sie die öffentlichen Verkehrsmittel oder lassen Sie sich abholen.
- **ESSEN** Sie erst dann etwas, wenn die *Betäubung vollständig abgeklungen* ist. Meiden Sie vorerst scharf gewürzte, schwer zu kauende und klebrige Speisen sowie Obst und Milchprodukte.
- **GENUSSGIFTE** *Verzichten Sie bitte* für drei Tage auf Nikotin, Alkohol und Kaffee.
- **SCHWELLUNG** Um bei größeren Eingriffen die Schwellung möglichst zu reduzieren, *kühlen Sie den betreffenden Kieferabschnitt* bitte mit einem nass-kalten Waschlappen oder Kühlkissen, welches Sie mit einem Tuch umhüllen, mehrmals für ca. 10 Minuten.
- **SPORT** *Schonen Sie sich* in den drei Tagen nach der Behandlung in Bezug auf körperliche Belastungen (Sport, Hausputz, Gartenarbeit etc).
- **SPÜLEN** Falls empfohlen, spülen Sie in den ersten Tagen den Mund *mit dem verordneten Präparat*.
- **ZAHNPFLEGE** Bitte benutzen Sie bis zur Fädenentfernung *im Bereich von Nähten keine* Zahnzwischenraumbürsten sowie elektrische Zahnbürsten und Mundduschen.
- **SCHMERZEN** Beim Auftreten von starken, anhaltenden Schmerzen oder anderen unerwarteten Reaktionen setzen Sie sich *bitte sofort mit unserer Praxis in Verbindung*.
- **ARZNEIMITTEL** Denken Sie bitte daran, empfohlene Arzneimittel *regelmäßig einzunehmen*.

**GEMEINSCHAFTSPRAXIS**  
BENGT RICHTER  
DR. MED. DENT. FRANK GRULICH  
ZAHNÄRZTE

Funktionstherapie  
Implantologie BDIZ  
Parodontologie

Elisabethstraße 16-18  
23701 Eutin  
Telefon 0 45 21.79 80 80  
Fax 0 45 21.79 80 81  
[info@richterundgrulich.de](mailto:info@richterundgrulich.de)  
[www.richterundgrulich.de](http://www.richterundgrulich.de)



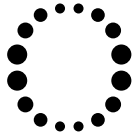
# PATIENTENINFORMATION

## Implantation

---

### Name, Vorname

- **FAHREN** Sie in den nächsten Stunden *nicht selbst mit dem Auto*. Nutzen Sie die öffentlichen Verkehrsmittel oder lassen Sie sich abholen.
- **TUPFER** *Halten Sie diesen durch Aufbeißen fest* und entfernen Sie ihn nach ca. 30 Minuten.
- **ESSEN** Sie erst dann etwas, wenn die *Betäubung vollständig abgeklungen* ist. Nehmen Sie in den ersten Tagen nur weiche Nahrung zu sich und *meiden Sie vorerst* scharf gewürzte, schwer zu kauende und klebrige Speisen sowie Obst und Milchprodukte und das Kauen im Bereich des Implantates.
- **GENUSSGIFTE** sind häufig die Ursache von Komplikationen. *Verzichten Sie bitte* für drei Tage auf Nikotin, Alkohol und Kaffee.
- **SCHWELLUNGEN** Um bei größeren Eingriffen die Schwellung möglichst zu reduzieren, *kühlen Sie den betreffenden Kieferabschnitt* bitte mit einem nass kalten Waschlappen oder Kühlkissen, welches Sie mit einem Tuch umhüllen, mehrmals für ca. 10 Minuten.
- **SPORT** *Schonen Sie sich* in den drei Tagen nach der Behandlung in Bezug auf körperliche Belastungen (Sport, Hausputz, Gartenarbeit etc).
- **ZAHNPFLEGE** *sorgfältig weiterbetreiben*. Den unmittelbaren Wundbereich vorerst nicht reinigen und berühren. Häufiges Spülen und Saugen an der Wunde schadet. Bitte benutzen Sie in der ersten Zeit der Einheilung keine Munddusche oder elektrische Zahnbürste im Bereich der Wunde.
- **SCHMERZEN** Beim Auftreten von starken, anhaltenden Schmerzen oder anderen unerwarteten Reaktionen setzen Sie sich *bitte sofort mit unserer Praxis in Verbindung*.
- **NACHBLUTUNGEN** *sind meist harmlos und schnell zu stoppen*: Drücken Sie eine saubere Mullkompressen oder ein sauberes Stofftaschentuch auf die Wunde, und lassen Sie es für 1-2 Stunden drauf. Sollte die Wunde dann noch bluten, suchen Sie uns bitte auf. Falls Nachblutungen auftreten, schlafen Sie am ersten Tag mit etwas hochgelagertem Kopf.
- **ARZNEIMITTEL** Denken Sie bitte daran, empfohlene Arzneimittel *regelmäßig einzunehmen*.



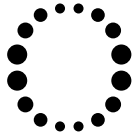
## PATIENTENINFORMATION

### Zahnentfernung, Operation im Mund

---

#### Name, Vorname

- **FAHREN** Sie in den nächsten Stunden *nicht selbst mit dem Auto*. Nutzen Sie die öffentlichen Verkehrsmittel oder lassen Sie sich abholen.
- **TUPFER** *Halten Sie diesen durch Aufbeißen fest* und entfernen Sie ihn nach ca. 30 Minuten.
- **ESSEN** Sie erst dann etwas, wenn die *Betäubung vollständig abgeklungen* ist. Nehmen Sie in den ersten Tagen nur weiche Nahrung zu sich und *meiden Sie vorerst* scharf gewürzte, schwer zu kauende und klebrige Speisen sowie Obst und Milchprodukte.
- **GENUSSGIFTE** sind häufig die Ursache von Komplikationen. *Verzichten Sie bitte* für drei Tage auf Nikotin, Alkohol und Kaffee..
- **SCHWELLUNGEN** Um bei größeren Eingriffen die Schwellung möglichst zu reduzieren, *kühlen Sie den betreffenden Kieferabschnitt* bitte mit einem nass-kalten Waschlappen oder Kühlkissen, welches Sie mit einem Tuch umhüllen, mehrmals für ca. 10 Minuten.
- **SPORT** *Schonen Sie sich* in den drei Tagen nach der Behandlung in Bezug auf körperliche Belastungen (Sport, Hausputz, Gartenarbeit etc).
- **ZAHNPFLEGE** *sorgfältig weiterbetreiben*. Den unmittelbaren Wundbereich vorerst nicht reinigen und berühren. Häufiges Spülen und Saugen an der Wunde schadet. Bitte benutzen Sie in der ersten Zeit der Einheilung keine Munddusche oder elektrische Zahnbürste im Bereich der Wunde.
- **SCHMERZEN** Beim Auftreten von starken, anhaltenden Schmerzen oder anderen unerwarteten Reaktionen setzen Sie sich *bitte sofort mit unserer Praxis in Verbindung*.
- **NACHBLUTUNGEN** *sind meist harmlos und schnell zu stoppen*: Drücken Sie eine saubere Mullkompressen oder ein sauberes Stofftaschentuch auf die Wunde, und lassen Sie es für 1-2 Stunden drauf. Sollte die Wunde dann noch bluten, suchen Sie uns bitte auf. Falls Nachblutungen auftreten, schlafen Sie am ersten Tag mit etwas hochgelagertem Kopf.
- **ARZNEIMITTEL** Denken Sie bitte daran, empfohlene Arzneimittel *regelmäßig einzunehmen*.



## ERKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG

Hiermit erkläre ich,

.....  
**Name, Vorname**

dass die bei mir durchzuführende Implantation eines Metallgerüsts in den Kiefer *auf eigenen ausdrücklichen Wunsch* vorgenommen wird.

Von ..... /Gemeinschaftspraxis Richter + Grulich bin ich auf die Möglichkeiten konventioneller prothetischer Lösungen hingewiesen worden.

Ebenso bin ich von meinem Zahnarzt bei dem am ..... stattgefundenen Patientengespräch eingehend und umfassend **über die bei mir geplanten Behandlungsmaßnahmen sowie mögliche Komplikationen** des vorgesehenen Eingriffs informiert worden.

Außerdem bin ich darüber aufgeklärt worden, dass nur eine **gründliche Mundhygiene** einen langfristigen Erfolg der Implantation verspricht (mindestens 3x jährlich zahnärztliche Kontrollen und professionelle Zahnreinigung sowie gründliches Zähneputzen und Zahnzwischenraumpflege).

.....  
**Ort, Datum**

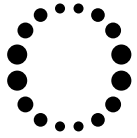
.....  
**Unterschrift der Patientin/ des Patienten**

## Einwilligung

**Ich gebe hiermit, nach Abwägung der besprochenen Risiken, meine Einwilligung zur Durchführung des implantologischen Eingriffs.**

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift der Patientin/ des Patienten**



# IMPLANTOLOGISCHER RECALL

## Nachkontrolle

---

Name, Vorname

**Der Implantatpatient ist auch nach durchgeführter und erfolgreicher chirurgischer und prothetischer Versorgung weiterhin betreuungsbedürftig.** Der mögliche Erfolg einer Implantatbehandlung ist maßgeblich von einer optimalen Mundpflege und einer regelmäßigen Nachkontrolle (Recall) abhängig.

Die Zeitabstände zur Nachuntersuchung richten sich nach den parodontologischen Richtlinien. In der Regel ist ein Recallabstand von 4-6 Monaten ausreichend. Allerdings können auch durch individuelle Gegebenheiten beim Patienten kürzere Kontrollabstände von Nöten sein.

Außerdem bin ich darüber aufgeklärt worden, dass nur **eine sehr gründliche Mundhygiene** einen langfristigen Erfolg der Implantation verspricht (mindestens 3x jährlich zahnärztliche Kontrollen und professionelle Zahnreinigung sowie gründliches Zähneputzen und Zahnzwischenraumpflege).

---

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/ des Patienten

## Recall-Einverständnis

Den implantologischen Erfolg werde ich durch eine optimale Mundhygiene wesentlich unterstützen.

Ich bin darüber informiert worden, dass exzessives Rauchen, Alkoholabusus und parafunktionelle Belastungen meiner Implantate den Erfolg wesentlich beeinträchtigen können.

**Ich verspreche, den Anweisungen meines Zahnarztes Folge zu leisten, und erkläre mich mit regelmäßigen Kontrollen und professioneller Zahnreinigung einverstanden.**

---

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/ des Patienten

