



Zahnärzte  
Dr. Warnick

An den Sandwellen 7

93326 Abensberg

**neu →** Tel.: 09443 – 925 77 22

Email: [kontakt@zahnarzt-warnick.com](mailto:kontakt@zahnarzt-warnick.com)

geöffnet: Mo.-Fr. 7-20 Uhr, Sa. 8-13 Uhr

Bankverbindung: Sarkasse Abensberg

**neu →** Kto.: 11186954

BLZ: 75051565

## Gemeinschaftspraxis

**Dr. Bernhard Warnick & ZA Andreas Warnick & ZÄ Birgit Fischer**

---

### 1 Aufklärung Implantologie für :

Herrn / Frau \_\_\_\_\_

1. Ich bin über Wesen und Technik der Implantologie informiert worden und verstehe den Vorgang der chirurgischen Vorgehensweise. Es ist mir erklärt worden, dass ein Implantat in den Knochen eingesetzt wird.
2. Alle möglichen, zu meiner Indikation passenden alternativen Therapiemaßnahmen der zahnmedizinischen Rekonstruktion sind mir erklärt worden. - (siehe Einwilligung)
3. Ich bin vollständig darüber aufgeklärt worden, dass mögliche Risiken oder Komplikationen bei jedem chirurgischen Eingriff wie bei jeder Lokalanästhesie oder bei zusätzlichen Medikationen auftreten können. Über nachfolgende Komplikationen, wie Schwellungen, Schmerzen, Infektionen oder allgemeines Unwohlsein bin ich informiert worden. Taubheit der Lippe, Zunge, Wangen, Kinn oder Zähne können in sehr seltenen Fällen auftreten. Beeinträchtigungen sind nicht vorauszusehen und mögen in außergewöhnlichen Fällen ggf. auch irreversibel (dauerhaft) sein. Zusätzliche Infektionen der Wunde, des Gefäßsystems oder des umliegenden Gewebes sind möglich. Ich bin darüber informiert worden, dass Knochenfrakturen, Einbrüche in die Kieferhöhle (nur in Abhängigkeit des Einsatzgebietes), verzögerte Heilung oder allergische Reaktionen auf die Medikamente oder auf Anästhetika auftreten können.
4. Es ist mir bewusst, dass ich alle Veränderungen oder über das Maß des Normalen hinausgehende Schwierigkeiten nach der Operation unverzüglich meinem Zahnarzt anzeigen muss.
5. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass es bis zum heutigen Zeitpunkt keine Methode gibt, um die Heilungsmöglichkeiten des Knochens und des Zahnfleisches von vornherein festzulegen. Der Heilungsverlauf ist individuell unterschiedlich. Nach dem Heilungsverlauf richtet sich die weitere Behandlung.
6. Bei mir wird ein (einphasiges) / zweiphasiges Implantat (Fa. ASTRA Tech) eingesetzt.  
Bei einphasigen / zweiphasigen Implantaten wird die Einheilphase von ca. 6 Wochen bis zu 6 Monaten dauern, in Ausnahmefällen auch länger. In dieser Zeit bleibt das Implantat i.d.R. unter der Schleimhaut bedeckt oder weitgehend abgedeckt in Ruhe gelassen.
7. Ich bin darüber informiert worden, dass eine optimale Mundhygiene um die Implantate herum von mir vorgenommen werden muss. Der implantologische Erfolg wird durch eine optimale Mundhygiene wesentlich von mir beeinflusst. Deshalb ist eine regelmäßige, mindestens halbjährliche professionelle Zahnreinigung (PZR) absolut und dringend erforderlich!

**8.** Ich bin darüber informiert worden, dass keine Erfolgsgarantie für Implantate, wie bei jedem anderen medizinischen Eingriff auch, gegeben werden kann. Für den Fall eines Misserfolges muss das Implantat sofort entfernt werden. Den Zeitpunkt der Entfernung bestimmt mein Zahnarzt. Sollte dieser Misserfolg innerhalb der ersten 6 Monate nach Implantation erfolgen, erhalten ich ein neues Implantat auf Kulanz kostenlos.

**9.** Ich bin darüber informiert worden, dass Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum und parafunktionelle Belastung meiner Implantate (z.B. durch Knirschen) den Erfolg der Implantation wesentlich beeinträchtigen können. Ich erkläre mich mit einer mind. halbjährlichen Kontrolle meiner Implantate und der Suprakonstruktion einverstanden.

**10.** Ich habe meinen Zahnarzt über alle zahnmedizinischen und medizinischen krankheitsrelevanten Hintergründe aufgeklärt. Es bestehen keine Erkrankungen die nicht genannt wurden. Weiterhin sind alle von mir einzunehmenden Medikamente genannt worden.

**11.** Ich bin mit Röntgenaufnahmen und Fotografieren während des chirurgischen Eingriffs und bei nachfolgenden Untersuchungen einverstanden. Ich bin darüber informiert worden, dass nachfolgende Untersuchungen in sechsmonatigen Abständen zu erfolgen haben.

**12.** Mein Zahnarzt hat mich darüber aufgeklärt, dass implantologische Leistungen grundsätzlich Privatleistungen sind und alle als solche abgerechnet werden. Reduzierungen von Seiten der Krankenkasse / Versicherungen und Beihilfestellen gehen nicht zu Lasten des Zahnarztes, sondern werden von mir ausgeglichen.

**13.** Nachfolgende Untersuchungen oder Auswechseln der Implantate oder Veränderungen der Gesamtkonstruktion müssen von mir ohne Rücksicht auf die Bezuschussung durch die Krankenkasse / Krankenversicherung oder Beihilfestellen ausgeglichen werden.

**14.** Über mögliche gutachterliche Verfahren bei implantologischen Leistungen bin ich informiert worden. Mein Zahnarzt hat mich dahingehend unterrichtet, dass er alle im Rahmen des normalen Praxisverlaufs möglichen Fragen zur gutachterlichen Stellungnahme beantworten wird. Mögliche Reduzierungen der Krankenkasse / Versicherungen oder Beihilfestellen werden von mir einseitig ohne Rücksprache mit meinem behandelnden Zahnarzt nicht abgezogen.

Abensberg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Zahnarztpraxis Dres. Warnick



**Zahnärzte  
Dr. Warnick**

## 2 Einverständniserklärung Implantologie

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

### **Besondere Probleme kamen bei mir ausführlich zur Sprache, insbesondere:**

0 Komplikationen bei der Insertion der Implantate und in der Einheilphase

0 Komplikationen bei der Freilegung der Implantate

0 Komplikationen in der Beobachtungszeit

0 Verzicht auf Nikotingenus für 7 Tage nach der Operation

0 Verzicht auf milchhaltige Speisen und Getränke für 4 Tage nach der Operation

0 \_\_\_\_\_

0 \_\_\_\_\_

Meine Fragen wurden beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht / erfolgte soweit ich es wünschte.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung widerrufen kann.

Ich erkläre mich mit der vorgesehenen Maßnahme, Methode sowie mit erforderlichen Erweiterungen und Änderungen einverstanden.

Ich versichere, dass ich in der Krankengeschichte (Anamnese – Erhebungsbogen) alle mir bekannten Leiden und Erkrankungen angegeben habe.

Abensberg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Zahnarztpraxis Dres. Warnick



Zahnärzte  
Dr. Warnick

### 3 Merkblatt für unsere Patienten

Über das Verhalten nach einer Implantation und/oder Augmentation möchten wir Sie genau in Kenntnis setzen. Für Ihr eigenes Interesse eines guten Heilungsverlaufes bitten wir Sie, sich danach zu richten.

1. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie am Operationstag und zwei Tage danach nicht rauchen, keinen übermäßigen Alkohol sowie keinen Kaffee oder schwarzen Tee trinken sollten.
2. Am Operationstag sollte aufgrund der evtl. eingeschränkten Verkehrstüchtigkeit kein Kraftfahrzeug selbstständig geführt werden. Organisieren Sie eventuell eine Begleitperson für den Operationstag.
3. Schwellungen im Bereich des Operationsgebietes, der Wangen und des Kinns sind normal und werden nach 3-5 Tagen abgeklungen sein. Eine Linderung erfolgt durch Kühlung von außen an der operierten Seite (kalter Umschlag, nasses Tuch auf betroffene Stelle legen). Vermeiden Sie unbedingt direkte Wärme, körperliche Anstrengung und direkte Sonne !
4. Der ggf. eingelegte Aufbisstopfer sollte nach 30-60 min. entfernt werden.
5. Mit dem Essen und Trinken frühestens nach Abklingen der örtlichen Betäubung wieder beginnen!
6. In den ersten Tagen ist nur flüssige bzw. weiche Kost einzunehmen. Auf Milchspeisen möglichst verzichten!
7. Am ersten Tag nicht oder nur sehr vorsichtig mit Chlorhexidinlösung (Chlorhexamed) spülen. Am nächsten Tag Mundpflege mit lauwarmen Wasser, besser mit Chlorhexamedlösung. Ab dem 3. Tag sehr vorsichtiges Zähneputzen um die Implantatregion. **Die Implantatregion selbst bis zur Nahtentfernung nicht oder nur mit Wattestäbchen vorsichtig reinigen !!!** Die Restzähne sollten vom zweiten Tag an wie gewohnt geputzt werden. Weiterhin **bis zur Nahtentfernung 2 x täglich mit Chlorhexamed spülen.**
8. Starke körperliche Anstrengung für ca. 8 Wochen nach dem Eingriff streng vermeiden!
9. In der Implantateinheilungsphase (die ersten 8-12 Wochen) keine Munddusche oder elektrische Zahnbürste verwenden.
10. Bei einigen Operationstechniken kommen ggf. körperfremde Materialien in Form von kleinen Kügelchen o.ä. zum Einsatz. Gelegentlich kommt es vor, dass Einzelne sich im Mund verlieren. Dies stellt keine Beeinträchtigung des Operationserfolgs dar.
11. Bei eventuellen kleineren Nachblutungen kurzfristig auf ein sauberes gebügeltes Taschentuch beißen. Sollte nach einer halben Stunde die Blutung noch nicht zum Stillstand gekommen sein, bitte sofort unser Praxisteam benachrichtigen.
12. Bei Eintritt eines Wundschmerzes Einnahme von höchstens 2-3 Schmerztabletten. Die Fahrtüchtigkeit ist bei höherer Dosierung und insbesondere bei zusätzlichem Alkoholgenuss erheblich herabgesetzt. Bei anhaltenden Schmerzen vorzeitige Wiedervorstellung in unserer Praxis. Belastungen von in die Mundhöhle ragenden Pfeilern müssen in der Einheilphase vermieden werden. Vorsicht beim Abbeißen und Kauen. Nicht im Bereich der Implantate kauen. Bitte kein spielen mit den Fingern oder der Zunge an den Pfeilern oder den Fäden.

#### Wiedervorstellung am Folgetag !!

Abensberg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten



Zahnärzte  
Dr. Warnick

## 4 Einwilligung

Ich bin von meinem Zahnarzt Dr. Warnick während des am \_\_\_\_\_ erfolgten Patientengesprächs eingehend über die bei mir geplanten Behandlungsmaßnahmen informiert worden.

Behandlungsbeschreibung: \_\_\_\_\_

Geschätzte Kosten: \_\_\_\_\_ €

Behandlungsalternativen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Abensberg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Zahnarztpraxis Dres. Warnick



Zahnärzte  
Dr. Warnick

## 5 Einwilligung Knochenersatzmaterial (Augmentation)

Zur Anwendung des Knochenaufbaumaterials „BioOss“ oder „NanoBone“, evtl. in Kombination mit einer Kollagenmembran „BioGuide“ oder „BioVin“

Hiermit bestätige ich, der/die Unterzeichnende, dass ich eine zahnärztliche chirurgische Behandlung durch meinen Zahnarzt Dr. Warnick wünsche.

Zur Verbesserung des Knochenbettes oder Implantatlagers wird Zahnarzt Dr. Warnick evtl. ein Knochenaufbaumaterial in das Operationsgebiet einbringen müssen.

**NanoBone** (Fa. Artoss) ist nanokristallines Hydroxylapatit (76%) gesintert mit SiO<sub>2</sub> (24%) und **rein synthetisch**, voll abbaubar und in Knochen umwandelbar. Übertragung von Infektionen bzw. Erkrankungen ist deshalb zu 100% ausgeschlossen !!

Über Art, Zweck und Herstellung des Eingriffs, sowie seinen wesentlichen Vor- und Nachteile wurde ich informiert.

Ich bestätige, dass ich durch Zahnarzt Dr. Warnick über mögliche Gefahren und Grenzen der Behandlung unterrichtet wurde. Ich habe verstanden, dass insbesondere die Dauer der Knochenheilung individuell sehr unterschiedlich und nicht voraussagbar ist.

Ich bescheinige, dass ich vor dem Eingriff durch meinen Zahnarzt Dr. Warnick noch Gelegenheit hatte, Fragen zu dem Eingriff und zu Komplikationsmöglichkeiten zu stellen.

Ich bin über die Herstellung, Bestandteile und Verwendung der Knochenersatzmaterialien über die beigelegten Informationsblätter vollständig aufgeklärt worden.

Ich erkläre, dass ich keine Fragen mehr habe und meine gesundheitlichen Voraussetzungen internistisch geprüft bzw. einwandfrei sind.

Abensberg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Zahnarztpraxis Dres. Warnick



Zahnärzte  
Dr. Warnick

## 6 Verhalten nach Nahtentfernung

Die Wunde spülen und mit einer weichen Zahnbürste vorsichtig pflegen. Je besser die Wunde verheilt ist, desto stärker und intensiver kann die Massage durch die Zahnbürste im Bereich des Operationsgebietes sein.

Bei Schmerzen oder ungewöhnlichen Erscheinungen, wie Zahnfleischbluten, Reizzuständen und Schwellungen, bitte sofort unsere Praxis aufsuchen.

Falls Sie nicht genau wissen, wie die Zahnpflege zu erfolgen hat, fragen Sie mich oder unser Praxisteam.

Mindestens alle sechs Wochen erfolgt die Nachkontrolle des Implantates in unversorgtem Zustand.

Nach der prothetischen Versorgung, die frühestens nach sechs Wochen begonnen wird, muss das Implantat peinlichst genau gepflegt werden.

Sollten Sie sonstige Fragen haben, setzen Sie sich mit der Praxis unter der Telefonnummer **09443-1868** in Verbindung.

Abensberg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Zahnarztpraxis Dres. Warnick



## 7 Anlage zum Kostenvoranschlag

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Im Verlauf Ihrer zahnärztlichen Behandlung ist es zum jetzigen Zeitpunkt sinnvoll, eine Vorhersage über die zu erwartenden Kosten zu treffen.

Ich habe Ihnen bereits persönlich die notwendigen Behandlungsmaßnahmen erläutert und nun auf der Grundlage meiner Untersuchungen, Befundaufzeichnungen und Auswertungen der diagnostischen Unterlagen einer Gebührenvorausberechnung für Ihren individuellen Behandlungsfall erstellt. Diese wird mit Ihrem Einverständnis und durch Ihre Unterschrift zum verbindlichen Behandlungsvertrag zwischen uns.

Die Kosten für die Behandlung sind gemäß der neuen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ 88) innerhalb des dort vorgesehenen Rahmes vorausberechnet.

Besondere Umstände bei der Behandlung wie z.B. die Anwendung aufwendiger werdender Methoden oder außergewöhnlich teurer Materialien können zu einer Erhöhung des Steigerungssatzes führen. Der Behandlungsverlauf kann daher den Multiplikator im Einzelfall nach oben oder unten verändern.

Wenn Sie nun unsere Kostenvereinbarung Ihren Kostenträgern zur Abklärung des Erstattungsanspruches vorlegen – sei es eine private Krankenversicherung oder eine Beihilfestelle – so werden Sie möglicherweise feststellen, dass diese Stellen Ihnen zum jetzigen Zeitpunkt keine definitive Zusage über den Erstattungsumfang geben können oder wollen.

Die Gründe dieses Vorgehens sind mir nicht nachvollziehbar !

*Möglicherweise werden Sie auch feststellen, dass zwischen den voraussichtlichen Kosten Ihrer Behandlung und dem vorhergesagten Erstattungsbetrag eine Differenz verbleibt. Diese kommt in der Regel dadurch zustande, dass die Kostenträger von mittelwertigen Gebührensätzen ausgehen. Dabei wird dann der Einfachheit halber für die Vorausberechnung der Kostenerstattung der 2,3-fache Gebührensatz der jeweiligen zahnärztlichen Leistungen zugrunde gelegt. Hierbei handelt es sich vorsätzlich um eine falsche Auslegung der Gebührenordnung, denn der Verordnungsgeber sieht ausdrücklich Leistungen oberhalb des Faktors 2,3 vor.*

Dieses pauschale Vorgehen der Erstattungsstellen ist geeignet, Sie als Patient in gewisser Weise zu verunsichern und genau das ist wohl auch beabsichtigt.

Ich kann Ihnen jedoch aus meiner Erfahrung mit den meisten privaten Krankenversicherern und Beihilfestellen berichten, dass auch Rechnungsbeträge oberhalb des 2,3-fachen Gebührensatzes erstattet wurden, wenn sie in der Rechnung jeweils ausführlich begründet wurden. Die Angabe derartiger Begründungen ist für mich eine so genannte nebenvertragliche Pflicht, der ich bei der Rechnungslegung, also nach Abschluss der Behandlung, gern nachkommen werde.

Dentallaborkosten können im Vorfeld nur annäherungsweise geschätzt werden. Sie richten sich nach langjährigen Erfahrungswerten und sind erst nach Ausführung der Arbeit durch das Labor genau spezifizierbar.

Gelegentlich sind auch die Kosten für die notwendigen zahntechnischen Leistungen ein Problem. Das von mir beauftragte Dentallabor in unserer Praxis berechnet seine Leistungen nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (BEB).

Diese Liste wurde von der Deutschen Zahntechniker-Innung erstellt und enthält alle zahntechnischen Leistungspositionen sowie den dazu gehörigen (berechenbaren) Zeitansatz. Diese Preisliste zahntechnischer Laborleistungen ist in Deutschland für privatversicherte Patienten üblich. Demgegenüber gibt es im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen eine weitere Gebührenordnung mit dem sehr ähnlich klingenden Namen „Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis“ (BEL). Hierbei handelt es sich um eine vertragliche Vereinbarung zwischen den Sozialversicherern, der Zahn Techniker-Innung und den Kassenzahnärzten.

Sollte Ihre private Krankenversicherung oder Beihilfestelle sich auf den Standpunkt stellen, wonach zahntechnische Leistungen für Ihre Zahnbehandlung nur nach dieser BEL-Liste, also nur „auf Kassenniveau“ abgerechnet werden dürfte, ist dies falsch, denn die zitierte Liste hat nur zwischen den o.g. Vertragspartnern rechtliche Relevanz und kann daher nicht ohne vorherige Absprache auf Ihren Versicherungsvertrag angewendet werden!

Hinzu kommt, dass die Laborpreisliste der gesetzlichen Krankenkassen nicht alle für Ihren Behandlungsfall notwendigen zahntechnischen Leistungspositionen enthält. Dies gilt insbesondere für die erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Bitte überprüfen Sie daher Ihren Versicherungsvertrag, ob bei den Kosten für die zahntechnischen Leistungen Einschränkungen vereinbart wurden. Ansonsten muss Ihre private Krankenversicherung



vertragsmäßig zahntechnische Leistungen nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB) erstatten!

Ich hoffe, Ihnen mit diesen Ausführungen zum Verständnis des Kostenvoranschlags und Ihrer voraussichtlichen Kostenerstattung geholfen zu haben. Sollten Sie zu der Gebührenvorberechnung weitere Fragen haben, will ich gern versuchen, sie zu beantworten.

Abensberg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Mit freundlichen Grüßen,

\_\_\_\_\_  
Zahnarztpraxis Dres. Warnick

