

# Integrierter Kurs – Therapiestrategie

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Student: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Patient: \_\_\_\_\_

## Weitere Maßnahmen

PA-Behandlung	Chirurgische Beh.	Konservierende Beh.	Kfo-Beh.	Funktionstherap. Beh.	Prothetische Beh.
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

## Therapieplanung (nach Priorität)

---

---

---

---

---

---

---

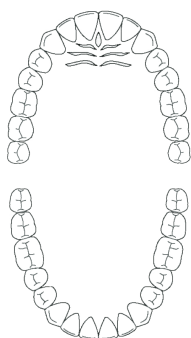
---

---

---

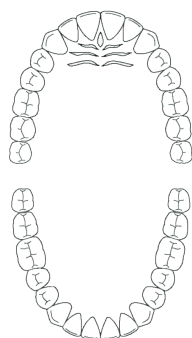
## Planungsvarianten

Variante 1



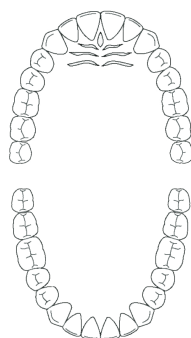
definitive Versorgung

Variante 2



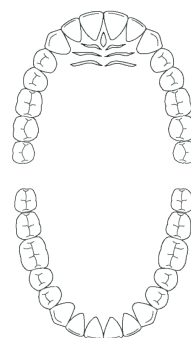
definitive Versorgung

Variante 3



definitive Versorgung

Variante 4



definitive Versorgung

## Risiken und Folgen bei Unterlassung der Behandlung

---

---

---

---

Herr/Frau \_\_\_\_\_ hat mich über die geplante medizinische Maßnahme im Rahmen eines persönlichen Gesprächs umfassend und verständlich aufgeklärt. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin ausreichend informiert, hatte angemessene Bedenkzeit und wurde darauf hingewiesen, dass ich die Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich erkläre mich mit der oben genannten therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme einverstanden.

Greifswald, den \_\_\_\_\_

- Patient hat Kopie erhalten
- Patient möchte keine Kopie

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient oder  
gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des aufklä-  
renden Zahnarztes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behan-  
delnden Studenten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient oder  
gesetzlicher Vertreter