

# Approval Form

I /guardian of the patient.....undersigned,  
I was fully informed by the dentist about the diagnosis and treatment plan,alternative treatments, consequences Of the  
prosedure and unwanted side effects. I have accepted the treatment to be applied.

I understood and accepted that the treatment plan might change in order to new circumstances occurring during the  
treatment or the treatment period.

I was informed about the risks occurring in case of non-treatment, the extra costs of alternative treatments and that I  
could ask for consultations from other doctors if needed. I understood and accepted.

All the questions I/ guardian of the patient had about the treatment was answered fully.

I was informed, I understood and accepted that the final success of the treatment also depends on me, that I should  
follow the instructions and keep my oral hygiene, quit old bad habits, follow the instructions of dosage and period of  
using the medications as explained on the prescription.

I was informed, I understood and accepted that the treatment is to prevent my oral and dental healt, that the treatment  
will be done in an ultimate medical care but no guarantee can be given on the endresult of surgical prosedures.

I was informed about the cost of the treatment and I accept the payment.

I approve that after accepting the treatment all my / person I'm guarding radiographics, photos, videos and other  
documents can be used on educational and scientific research as anonym data.

Date: .....

Patients Name / Surname: .....

Legal guardian of the patient (\*degree) Name / Surname: .....

Passport Number: .....

Address: .....

Telephone nr: .....

Signature: .....

Dentist's Name / Surname: .....

Date: .....

Signature: .....

# Zustimmungsformular

Ich / der gesetzliche Vertreter des Patienten ....., unterzeichnet, wurde vom Zahnarzt vollständig über die Diagnose und den Behandlungsplan, alternative Behandlungen, die Folgen des Verfahrens und unerwünschte Nebenwirkungen informiert. Ich habe der Durchführung der Behandlung zugestimmt.

Ich habe verstanden und akzeptiert, dass sich der Behandlungsplan ändern kann, wenn während der Behandlung oder des Behandlungszeitraums neue Umstände auftreten.

Ich wurde über die Risiken im Falle einer Nichtbehandlung, die zusätzlichen Kosten alternativer Behandlungen und die Möglichkeit, bei Bedarf Konsultationen bei anderen Ärzten einzuholen, informiert. Ich habe dies verstanden und akzeptiert.

Alle Fragen, die ich / der gesetzliche Vertreter des Patienten zur Behandlung hatte, wurden vollständig beantwortet. Ich wurde informiert, habe verstanden und akzeptiert, dass der endgültige Erfolg der Behandlung auch von mir abhängt, dass ich die Anweisungen befolgen und meine Mundhygiene aufrechterhalten, alte schlechte Gewohnheiten aufgeben und die Dosierungsanweisungen und den Zeitraum für die Einnahme der Medikamente gemäß dem Rezept befolgen muss.

Ich wurde informiert, habe verstanden und akzeptiert, dass die Behandlung dem Schutz meiner Mund- und Zahngesundheit dient, dass die Behandlung mit höchster medizinischer Sorgfalt durchgeführt wird, jedoch kein Erfolgsgarant für das Endergebnis chirurgischer Verfahren gegeben werden kann.

Ich wurde über die Kosten der Behandlung informiert und akzeptiere die Zahlung.

Ich stimme zu, dass nach Annahme der Behandlung alle radiografischen Aufnahmen, Fotos, Videos und anderen Dokumente von mir / der Person, für die ich Sorge, zu Bildungs- und wissenschaftlichen Forschungszwecken anonym verwendet werden können.

Datum: .....

Name / Nachname des Patienten: .....

Gesetzlicher Vertreter des Patienten (\*Verwandtschaftsgrad) Name / Nachname: .....

Passnummer: .....

Adresse: .....

Telefonnummer: .....

Unterschrift: .....

Name / Nachname des Zahnarztes: .....

Datum: .....

Unterschrift: .....



# Medical Record

**The information below is required for registering the patient into our system and to contact the patient if needed.**

- Do you have hyper sensitivity or allergy?
  - Yes .....  No
- Do you use blood thinner?
  - Yes .....  No
- Do you have diabetes?
  - Yes .....  No
- Do you have high blood pressure?
  - Yes .....  No
- Any medication that you use or have used permanently?
  - Yes .....  No
- Did you have any contagious disease (AIDS, hepatitis)?
  - Yes .....  No
- Did you have chemotherapy or radiotherapy?
  - Yes .....  No
- Are you pregnant?
  - Yes .....  No
- Do you have any other disease not mentioned above?
  - Yes .....  No

## Personal Information

- Name/Surname
  - .....
- Sex
  - Female  Male
- Date of Birth (day/month/year)
  - .....
- Passport Nr
  - .....
- GSM nr
  - 0(.....) .....
- E-Mail address
  - .....
- Blood Type
  - 0 Rh-  0 Rh+  A Rh-  A Rh+
  - AB Rh-  AB Rh+  B Rh-  B Rh+
- Address
  - .....

# Medizinische Akte

**Die unten stehenden Informationen sind erforderlich, um den Patienten in unser System einzutragen und bei Bedarf Kontakt mit dem Patienten aufzunehmen.**

- Haben Sie eine Überempfindlichkeit oder Allergie?
  - Ja .....  Nein
- Verwenden Sie Blutverdünner?
  - Ja .....  Nein
- Haben Sie Diabetes?
  - Ja .....  Nein
- Haben Sie hohen Blutdruck?
  - Ja .....  Nein
- Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein oder haben diese dauerhaft eingenommen?
  - Ja .....  Nein
- Hatten Sie eine ansteckende Krankheit (AIDS, Hepatitis)?
  - Ja .....  Nein
- Haben Sie eine Chemotherapie oder Strahlentherapie erhalten?
  - Ja .....  Nein
- Sind Sie schwanger?
  - Ja .....  Nein
- Haben Sie eine andere Krankheit, die oben nicht erwähnt wurde?
  - Ja .....  Nein

## Persönliche Angaben

- Name/Nachname
  - .....
- Geschlecht
  - Weiblich  Männlich
- Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
  - .....
- Passnummer
  - .....
- Handynummer
  - 0(.....) .....
- E-Mail-Adresse
  - .....
- Blutgruppe
  - 0 Rh-  0 Rh+  A Rh-  A Rh+
  - AB Rh-  AB Rh+  B Rh-  B Rh+
- Adresse
  - .....

# **SOCIAL MEDIA / PHOTO CONSENT FORM**

**Deva Dental Clinic would like your permission to use images taken of you /your child to showcase extraordinary before and after smiles on our website, Facebook page, Instagram page and Office bulletin board.**

**Please indicate below the following areas where you consent to the use of your/your child's Picture.**

**Please check all that apply.**

- **Deva Dental Clinic Website**
- **Deva Dental Clinic Facebook page**
- **Deva Dental Clinic Instagram page**
- **Deva Dental Clinic Office bulletin board**
- **Full face can be shown**
- **Teeth-only can be shown**
- **First name can be used**

## **Declaration**

**I grant permission for photographs of me /my child to be used in the formats indicated above.**

**Date** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Name of patient:**

**Parents/Guardian Name(if a minor):**

**Signature of Parent/Guardian:**

**Patient's signature (if over 18 years):**



# **SOCIAL MEDIA / PHOTO CONSENT FORM**

**Deva Dental Clinic möchten Sie uns die Erlaubnis erteilen, Bilder von Ihnen/Ihrem Kind zu verwenden, um außergewöhnliche Vorher-Nachher-Lächeln auf unserer Website, unserer Facebook-Seite, unserer Instagram-Seite und unserem Praxis-Schwarzen Brett zu präsentieren?**

**Bitte geben Sie unten an, in welchen Bereichen Sie der Verwendung des Bildes von Ihnen/Ihrem Kind zustimmen. Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft.**

- Deva Dental Clinic Website
- Deva Dental Clinic Facebook-Seite
- Deva Dental Clinic Instagram-Seite
- Deva Dental Clinic Praxis-Schwarzes Brett
- Ganzes Gesicht darf gezeigt werden
- Nur die Zähne dürfen gezeigt werden
- Vorname darf verwendet werden

## **Erklärung**

**Ich erteile die Erlaubnis, dass Fotos von mir/meinem Kind in den oben angegebenen Formaten verwendet werden dürfen.**

**Datum //\_\_\_\_\_**

**Name des Patienten:**

**Name der Eltern/Erziehungsberechtigten (falls minderjährig):**

**Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten:**

**Unterschrift des Patienten (falls über 18 Jahre):**



# SURGICAL OPERATION CARE FORM

## A. WOUND CARE

1. Bite the gauze that has been placed on it for 30 minutes.
2. Do not smoke first 24 hours. If you smoke, it will cause bleeding and adversely affect healing.
3. Do not try to stretch your lip and cheek to see operation area.

## B. BLEEDING

1. It is normal to have bleeding in the form of leakage in the surgical area.
2. Do not suck or spit to avoid bleeding.
3. If bleeding has started again, bite a moist gauze pad by placing pressure on the extraction wound. Continue this process for 30 minutes.
4. Keep your head high. You can use a few pillows while sleeping.

## C. INCONVENIENCE, DISTRESS

1. Some discomfort after surgery is normal. This discomfort can be controlled with medications prescribed by your doctor, but it may not completely eliminate pain.
2. If pain relievers cause nausea, take them with a glass of water and some food.

## D. DIET

1. Do not eat and drink anything 2 hours.
2. It is important that you do not drink large amounts of fluids. Do not use a straw as it may cause bleeding.
3. Return to your normal eating habits as soon as possible after the surgical procedure. Like ice cream and yogurt foods not recommended on the first day.

## E. ORAL CARE

1. Do not rinse your mouth or brush your teeth for the first 8 hours.
2. Then, if given a mouthwash by your doctor, use it as directed.
3. Start brushing your teeth, except for the wound area.
4. In the meantime, you can clean the operation area by using a cotton swab without putting too much pressure on the tissues.
5. You can start brushing all your teeth, including the wound area, with a soft brush the day after the operation.

## F. SWELLING

1. It is normal to see swelling after surgery. Swelling reaches its greatest extent about 48 hours after surgery and usually resolves within 4 to 6 days.
2. During the first 24 hours, an external ice pack is applied to the surgical area (apply for 10 minutes, and the application is interrupted for 30 minutes) to help reduce swelling.
3. During the first 48 hours, an external ice pack is applied to the surgical area (apply for 10 minutes, and the application is interrupted for 30 minutes) to help reduce swelling and help to pass the post-surgical period more comfortably.
4. After the first 48 hours, applying heat to surgical areas from the outside (for 15-20 minutes 3-4 times a day) will allow the swelling to go down more quickly.

## G. REST

1. Avoid excessive talking and strenuous activities for 12 hours after surgery.

## H. BRUISING

1. A slight bruising may be seen in the surgical area. It is normal for some people. This bruising will go away in 7 to 14 days.

## I. STIFFNESS

1. After surgery, stiffness in the jaw muscles and restriction in the opening of the mouth can be seen. This is normal and will resolve in 5 to 20 days.

## J. SEAMS

1. If there are stitches in the surgical area, they should be removed by your doctor after about a week.

## K. CONSULT YOUR DOCTOR IN THE FOLLOWING CASES

1. If in the presence of extreme pain that you cannot control with painkillers.
2. If bleeding continues despite gauze bite as mentioned.
3. If there is swelling that is growing even on the third day after surgery.
4. If you have a fever.
5. If you have any questions.



# PFLEGEFORMULAR NACH CHIRURGISCHEN EINGRIFFEN

## A. WUNDVERSORGUNG

1. Beißen Sie 30 Minuten lang auf die eingelegte Gaze.
2. Rauchen Sie in den ersten 24 Stunden nicht. Wenn Sie rauchen, kann es zu Blutungen kommen und die Heilung negativ beeinflusst werden.
3. Versuchen Sie nicht, Ihre Lippe oder Wange zu dehnen, um das Operationsgebiet zu sehen.

## B. BLUTUNG

1. Es ist normal, dass es in der Operationszone zu Blutungen in Form von Sickerblutungen kommt.
2. Saugen oder spucken Sie nicht, um Blutungen zu vermeiden.
3. Wenn die Blutung erneut auftritt, beißen Sie auf eine feuchte Gaze, indem Sie Druck auf die Wunde ausüben. Führen Sie diesen Vorgang 30 Minuten lang durch.
4. Halten Sie Ihren Kopf hoch. Sie können beim Schlafen ein paar Kissen verwenden.

## C. UNANNEHMLICHKEITEN, BESCHWERDEN

1. Ein gewisses Unbehagen nach der Operation ist normal. Diese Beschwerden können mit von Ihrem Arzt verschriebenen Medikamenten kontrolliert werden, sie können jedoch nicht vollständig beseitigt werden.
2. Falls Schmerzmittel Übelkeit verursachen, nehmen Sie diese mit einem Glas Wasser und etwas Nahrung ein.

## D. ERNÄHRUNG

1. Essen oder trinken Sie nichts für 2 Stunden.
2. Es ist wichtig, dass Sie keine großen Mengen Flüssigkeit trinken. Verwenden Sie keinen Strohhalm, da dies Blutungen verursachen kann.
3. Kehren Sie so bald wie möglich nach dem chirurgischen Eingriff zu Ihren normalen Essgewohnheiten zurück. Speisen wie Eiscreme und Joghurt werden am ersten Tag nicht empfohlen.

## E. MUNDPFLEGE

1. Spülen Sie Ihren Mund nicht aus und putzen Sie sich die Zähne nicht in den ersten 8 Stunden.
2. Wenn Ihnen eine Mundspülung von Ihrem Arzt verschrieben wurde, verwenden Sie diese wie angewiesen.
3. Beginnen Sie, Ihre Zähne zu putzen, außer im Wundbereich.
4. In der Zwischenzeit können Sie den Operationsbereich mit einem Wattestäbchen reinigen, ohne zu viel Druck auf das Gewebe auszuüben.
5. Sie können alle Ihre Zähne, einschließlich des Wundbereichs, am Tag nach der Operation mit einer weichen Zahnbürste putzen.

## F. SCHWELLUNG

1. Es ist normal, nach der Operation eine Schwellung zu sehen. Die Schwellung erreicht ihren Höhepunkt etwa 48 Stunden nach der Operation und klingt normalerweise innerhalb von 4 bis 6 Tagen ab.
2. In den ersten 24 Stunden wird ein Eisbeutel äußerlich auf die Operationszone aufgetragen (10 Minuten auflegen, 30 Minuten pausieren), um die Schwellung zu reduzieren.
3. Während der ersten 48 Stunden wird ein äußerlicher Eisbeutel auf die Operationszone aufgetragen (10 Minuten auflegen, 30 Minuten pausieren), um die Schwellung zu reduzieren und den Heilungsprozess angenehmer zu gestalten.
4. Nach den ersten 48 Stunden wird empfohlen, die Operationszone 15-20 Minuten lang 3-4 Mal täglich von außen zu erwärmen, um die Schwellung schneller zu reduzieren.

## G. RUHE

1. Vermeiden Sie übermäßiges Sprechen und anstrengende Aktivitäten für 12 Stunden nach der Operation.

## H. BLAUE FLECKEN

1. Leichte Blutergüsse können im Operationsgebiet auftreten. Das ist für manche Menschen normal. Diese Blutergüsse verschwinden innerhalb von 7 bis 14 Tagen.

## I. STEIFIGKEIT

1. Nach der Operation kann es zu Muskelsteifigkeit im Kiefer und zu Einschränkungen beim Öffnen des Mundes kommen. Dies ist normal und wird sich innerhalb von 5 bis 20 Tagen bessern.

## J. NÄHTE

1. Falls sich Nähte im Operationsgebiet befinden, sollten diese etwa eine Woche später von Ihrem Arzt entfernt werden.

## K. KONSULTIEREN SIE IHREN ARZT IN DEN FOLGENDEN FÄLLEN

1. Wenn Sie starke Schmerzen haben, die Sie nicht mit Schmerzmitteln kontrollieren können.
2. Wenn die Blutung trotz des Aufbeißen auf die Gaze wie beschrieben anhält.
3. Wenn die Schwellung auch am dritten Tag nach der Operation noch zunimmt.
4. Wenn Sie Fieber haben.
5. Wenn Sie irgendwelche Fragen haben.

