

Einwilligung Zahnextraktion

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,
wir raten Ihnen zur Entfernung des Zahnes/ der Zähne:

Begründung für die Entfernung bleibender Zähne

- Der Zahn/die Zähne _____ ist/sind tief zerstört. Ein Aufbau ist nicht mehr möglich.
- Der Zahn/die Zähne _____ ist/sind durch die fortgeschrittene Entzündung des Zahnhalteapparates so gelockert, dass auch nach Parodontalbehandlung mit einer Verfestigung nicht zu rechnen ist.
- Der Zahn/die Zähne _____ leidet/leiden an einer so weit fortgeschrittener Entzündung der Wurzelspitze, dass auch nach einer Wurzelbehandlung nicht mit dem Erhalt des Zahnes/der Zähne gerechnet werden kann.
- Weitere Begründungen:

Begründung für die Entfernung von Milchzähnen

- Der Milchzahn/die Milchzähne _____ muss/müssen zur Vorbereitung der kieferorthopädischen Behandlung entfernt werden.
- Der Milchzahn/die Milchzähne _____ ist/sind tief zerstört, eine Erhaltung ist nicht möglich. Die Entfernung ist zur Schmerzbeseitigung erforderlich.
- Der Milchzahn/die Milchzähne _____ leidet/leiden an einer akuten chronischen Entzündung. Diese Entzündung kann erst nach Entfernung des auslösenden Zahnes ausheilen.
- Weitere Begründungen:

Wie ist der Behandlungsablauf bei einer Entfernung von Zähnen?

Die Entfernung von Zähnen ist ein sehr häufiger und komplikationsarmer Eingriff. Dennoch gibt es sehr seltene Komplikationen, die mit der örtlichen Betäubung oder der eigentlichen Zahnentfernung in Zusammenhang stehen. Neben der grundsätzlichen Abwägung der Zahnentfernung mit der Gesundheitssituation sind drei Fragen von besonderer Bedeutung, um die Extraktion korrekt vorbereiten zu können.

- Blutungsneigung?
 - angeboren
 - erworben durch Krankheit
 - erworben durch Medikamente
- Osteoporosemedikamente?
- Antibiotikaphylaxe bei Herzerkrankungen?

Bitte informieren Sie uns gewissenhaft über weitere besondere Erkrankungen.

Nach der Zahnentfernung:

- Nehmen Sie nicht aktiv am Straßenverkehr teil, bedienen Sie keine Maschinen, Ihr Reaktionsvermögen könnte beeinträchtigt sein.
- Während der Dauer der örtlichen Betäubung essen Sie bitte nichts.

Mirja Siepen

Zahnärztin

Elisabethstraße 2 | 40217 Düsseldorf
Tel 0211 382668 | Fax 0211 30155589

info@zahnarztpraxis-am-kaiserteich.de
www.zahnarztpraxis-am-kaiserteich.de

- Es kann vorübergehend zu Schwellung und Schmerzen kommen, die Mundöffnung kann eingeschränkt sein.
- Bei Nachblutungen beißen Sie bitte 30 Min. auf ein sauberes Stofftaschentuch. Wenn die Nachblutungen jedoch nicht nachlassen, bitten wir Sie uns aufzusuchen.
- Meiden Sie für 3 Tage Alkohol, Kaffee, schwarzen Tee, Milchprodukte, Zigaretten.
- Heben Sie nichts Schweres, gehen Sie nicht in die Sauna oder aufs Solarium.

Mögliche Komplikationen bei der Entfernung verlagelter Zähne

Es kann im Rahmen der Extraktion von Zähnen zu folgenden Komplikationen kommen:

- Auch ohne bekannte Vorzeichen kann es zu Nachblutungen kommen.
- Die Extraktionswunde kann sich entzünden, im Extremfall kann es zu einer Knocheneiterung kommen.
- Im Oberkiefer kann es wegen der Nähe der Wurzeln zur Kieferhöhle zur Eröffnung der Kieferhöhle kommen. Die Wunde muss dann mit einer speziellen Schnittführung und Nahttechnik verschlossen werden.
- Nachbarzähne können beschädigt werden.
- Die Leitungsanästhesie im Unterkiefer kann zur Funktionsminderung des Unterkiefernerven führen. Dies äußert sich in einer Taubheit der betroffenen Unterlippenhälfte. In seltenen Fällen kann diese Taubheit lebenslänglich bestehen bleiben. Noch seltener können Gefühlstörungen und Geschmacksstörungen der betroffenen Zungenseite auftreten.
- Die Entfernung eines Zahnes hinterlässt eine Lücke im Gebiss. Diese Lücke muss nach Abheilung der Extraktionswunde meist prothetisch versorgt werden.
- Sonstige Risiken:

Mit welchen Problemen muss gerechnet werden, wenn die Extraktion nicht durchgeführt wird?

- Die Entzündung dauert an, es muss mit einem Abszess gerechnet werden, der ohne Behandlung lebensbedrohliche Ausmaße annehmen kann.
- Ohne Extraktion ist die Schmerzeseitigung nicht möglich.
- Ohne Extraktion ist eine weitere Zahnersatzbehandlung nicht möglich.
- Sonstiges:

Der Eingriff wird in örtlicher Betäubung durchgeführt.

Vermerke der Zahnärztin/des Zahnarztes zum Aufklärungsgespräch

Erörtert wurden z. B.: Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, risikoerhöhende Besonderheiten, eventuelle Neben- und Folgeeingriffe sowie:

Die vorgesehene Behandlung soll am (Datum) _____ stattfinden.

Bestätigung des Aufklärungsgesprächs/schriftliche Einwilligungserklärung

Ein ausführliches Aufklärungsgespräch zwischen dem zahnärztlichen Behandler und mir fand am _____ statt. Im Vorfeld des Aufklärungsgesprächs wurde mir das Aufklärungs- und Dokumentationsformular zur Verfügung gestellt. Dieses habe ich gelesen und verstanden. Im Aufklärungsgespräch mit meiner Zahnärztin/meinem Zahnarzt konnte ich alle für mich wesentlichen Punkte, z. B. spezielle Risiken, mögliche Komplikationen, Therapiealternativen und Verhaltensmaßnahmen nochmals hinterfragen.

Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt hat sie mir eingehend und umfassend beantwortet. Ich fühle mich gut über die Behandlung informiert. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung bis zum Beginn der Behandlung widerrufen kann. Ein Exemplar dieses Formulars habe ich zum Mitnehmen und Aufbewahren erhalten. Das Gespräch dauerte _____ Minuten.

Patienteneinwilligung

Frau Mirja Siepen hat mit mir heute das Aufklärungsgespräch geführt. Ich hatte ausreichend Zeit, alle mich interessierenden Fragen zu stellen und habe alle Antworten zu meiner Zufriedenheit erhalten. Ich habe die mündlichen und die vorliegenden schriftlichen Erklärungen verstanden. Ich wurde außerdem darauf hingewiesen, am Operationstag keine Fahrzeuge zu lenken und keine gefährlichen Arbeiten zu verrichten.

- Ich willige in die vorgeschlagene **Behandlung ein**. Mit der Schmerzbetäubung, über die ich gesondert aufgeklärt wurde, notwendigen Änderungen und Erweiterungen des geplanten Verfahrens sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.
- Ich willige in die vorgeschlagene Behandlung **nicht ein**. Ich wurde darüber aufgeklärt, welche gesundheitlichen Folgen diese Entscheidung in meinem Fall haben kann.

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Unterschrift Assistenz

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient/Betreuer/
Bevollmächtigter/gesetzlicher Vertreter*

* Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.