

Aufklärungs- und Dokumentationsformular Wurzelbehandlung

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

- da das Nervengewebe im Inneren des Zahnes/der Zähne_____unheilbar beschädigt/entzündet oder bereits abgestorben ist, ist eine Wurzelbehandlung erforderlich.
- Der Zahn/Die Zähne_____ist/sind mit der/n vorhandenen Wurzelfüllung(en) und/oder Stift(en) nicht ausreichend versorgt. Es bestehen noch/erneut Mängel der vorhandenen Versorgung, eine bakterielle Besiedlung des Zahninneren und/oder Anzeichen einer Entzündung. Die betroffenen Zähnen sollen durch zahnärztliche Maßnahmen erhalten werden. Dazu ist die Wurzelbehandlung geeignet.

Beachten Sie bitte Folgendes:

Die Wurzelbehandlung stellt einen Versuch dar, den behandlungsbedürftigen Zahn zu erhalten!

Nebenwirkungen, Komplikationen und Risiken einer Wurzelbehandlung sind:

- Beschwerden am behandelten Zahn, auch während oder nach der Behandlung
- Perforation des Wurzelkanals, der Furkation oder der Kieferhöhle (Oberkiefer)
- Überinstrumentierung
- Instrumentenbruch im Kanal
- Allergien auf Wurzelkanalfüllmaterialien
- Überstopfung des Wurzelkanalfüllmaterials
- Auftreten von Schwellungen, Blasen, Imperfektionen, die eine Erneuerung der Wurzelfüllung notwendig machen
- Verfärbung/ Abdunkeln des wurzelgefüllten Zahnes
- Absplittern/ Abbrechen/ Zerbrechen wurzelgefüllter Zähne (>daher wird eine Überkronung angeraten)

NACHTEILIGE FOLGEN, wenn die Wurzelbehandlung unterbleibt:

- anhaltender Schmerz
- Ausweitung der Entzündung (Folgen u.a.: Knochenabbau, Auswirkung auf lebenswichtige Körperorgane und somit Förderung von Diabetes, Herzerkrankungen, Fehlgeburten)
- Abszedierung

Therapeutische Alternativen:

- **Extraktion des Zahnes**
Vorteil: Die Entzündungsursache wird sicher beseitigt.
Nachteil: Der Zahn fehlt für immer, der Knochen geht zurück, benachbarte Zähne können kippen, gegenüberstehende herauswachsen, der Zahnersatzbedarf ist umfangreicher
- **Wurzelspitzenresektion in Verbindung mit einer Wurzelfüllung beim Oralchirurg**
In bestimmten Fällen können Entzündungsursachen beseitigt werden, der Knochen heilt aus. Der Halt im Knochen ist allerdings vermindert. Im Zahninneren können Bakterien zurückbleiben, die zu erneuten Problemen führen können.

Wichtige Hinweise

- Bei auftretenden Beschwerden, Schmerzen, Schwierigkeiten oder Fragen sollten Sie sich umgehend von uns beraten lassen.
- Wenn sich die provisorische oder endgültige Abdichtung des Zahnes löst, kommen Sie bitte zu uns.
- Nur bei gründlicher, täglicher Pflege von Zähnen und Zahnzwischenräumen lassen sich Zahnfleischentzündungen und Karies an den wurzelgefüllten Zähnen weitgehend vermeiden.
- Zum langfristigen Erhalt der aufwändig erhaltenen Zähne sollten mindestens alle 6 Monate Termine zur Vorsorgeuntersuchung vereinbart werden.
- Röntgenaufnahmen der wurzelgefüllten Zähne zur Kontrolle des umgebenden Knochens sollten regelmäßig erfolgen.

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 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.

Mirja Siepen

Zahnärztin

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

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