

EINWILLIGUNG ZUR ENTFERNUNG EINES ZAHNES



Patientendaten

Name Vorname/n geb.

Straße, Nr. PLZ, Wohnort

Bei der Entfernung von Zähnen kann es zum Bruch der Zahnwurzel kommen. Gegebenenfalls müssen dann verbliebene Wurzelreste sofort entfernt werden. Der Eingriff wird in örtlicher Betäubung durchgeführt. Dies birgt Risiken hinsichtlich einer Unverträglichkeit des Anästhetikums, Blutungen im Injektionsbereich und der Schädigung von Nerven in sich. Sollten Sie noch keine Gelegenheit gehabt haben, Vorerkrankungen mitzuteilen, oder ist dazu noch etwas unklar, so nennen Sie jetzt dem Zahnarzt alle Erkrankungen, die Sie hatten oder an denen Sie leiden, und geben Sie Medikamente an, die Sie einnehmen. Risiken, die damit in Verbindung stehen können, helfen Sie damit zu vermeiden. Nach dem Eingriff kann die Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein.

- 1 Bei der Entfernung unterer Zähne im Seitenzahnbereich kann es bei bestimmten Voraussetzungen zu einer Beeinträchtigung oder dem Verlust des Gefühles in der Lippe oder der Zunge, gegebenenfalls auch der Geschmacksempfindung kommen. Dies kann dauerhaft sein, ist jedoch meist vorübergehend.
- 2 Bei der Entfernung oberer Zähne im Seitenzahnbereich kann es zu einer Eröffnung der Kieferhöhle kommen. Dies wird sofort oder später durch einen besonders dichten Wundverschluss behoben. Diese Eröffnung kann zu einer Nebenhöhlenentzündung mit Beschwerden in diesem Bereich führen.

Wundheilungsstörungen oder Nachblutungen sind Komplikationen, die bei jedem chirurgischen Eingriff möglich sind. Darüber hinaus noch seltener auftretende Komplikationen werden Ihnen auf Wunsch genannt. Erfolgsgarantie und Risikofreiheit sind bei keinem Heileingriff möglich.

Nach mündlicher Besprechung mit dem Zahnarzt bestätige ich hiermit, dass ich über das Ziel und den Hergang des vorgesehenen ärztlichen Eingriffes informiert bin. Ich hatte Gelegenheit, mich über wesentliche Beeinträchtigungen zu informieren, die durch Komplikationen bei der Durchführung und die bei Unterlassung der Behandlung auftreten können.

Wenn es im Falle eines unvorhergesehenen Befundes nach ärztlichem Ermessen notwendig erscheint, kann über den vorgeschlagenen Umfang des Eingriffes hinausgegangen werden, wenn eine weiterführende Aufklärung während des Eingriffes nicht möglich und der Eingriff ohne eine Gefährdung meiner Gesundheit auch nicht unterbrech- oder verschiebbar ist.

Diese Einwilligung betrifft folgende Zähne

Über seltene, in meinem Fall speziell bestehende Risiken wurde ich aufgeklärt. Diese sind: Wundheilungsstörung, Nervschädigung N. lingualis bzw. alveolaris (Taubheitsgefühl im betroffenen Gebiet), Schädigung der Nachbarzähne, Spritzenabszess, Spritzenhämatom (Bluterguss), Osteomyelitis (Entzündung des Knochens), Nachblutung

WIR MACHEN SIE DARAUF AUFMERKSAM, DASS NACH EINER ÖRTLICHEN BETÄUBUNG IM MUNDBEREICH IHR VERHALTEN IM STRASSENVERKEHR BEEINTRÄCHTIGT SEIN KANN.

Alle meine Fragen wurden beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung widerrufen kann.

Ort, Datum Unterschrift Patient
(ggf. gesetzlicher Vertreter)