

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Zahnextraktion“

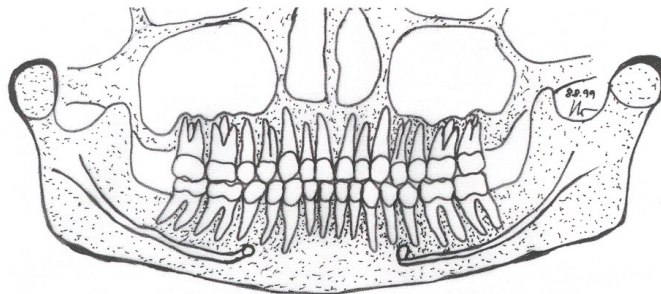
Patientendaten

Praxis/Klinik/Institution

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

wir raten Ihnen zur Entfernung des Zahnes/der Zähne.....OK→ rechts links
.....UK→ rechts links

Befund- und Darstellungsschema



Die zu entfernenden Zähne haben wir eingezeichnet.

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 einer Erhaltbarkeit des Zahnes 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 Schmerz-beseitigung erforderlich.
- Der Milchzahn/die Milchzähne ____ leidet/leiden an einer akuten chronischen Entzündung. Diese Entzündung kann erst nach Entfernung des auslösenden Zahnes ausheilen.
- Weitere Begründungen: ____

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Zahnextraktion“

Wie ist der Behandlungsablauf bei einer Entfernung von Zähnen?

Die Entfernung von Zähnen ist eine sehr häufige und komplikationsarme Operation. Dennoch gibt es sehr seltene schicksalhafte Komplikationen, die mit der örtlichen Betäubung oder der eigentlichen Zahnentfernung in Zusammenhang stehen. Neben der grundsätzlichen Abwägung der Zahnentfernung mit der Gesundheitssituation sind zwei 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.
- ▶ 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.

Mögliche Komplikationen bei der Entfernung verlagelter Zähne im Unterkiefer

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.
- 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.

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Zahnextraktion“

- Ohne Extraktion ist die Schmerzбeseitigung nicht möglich.
- Ohne Extraktion ist eine weitere Zahnersatzbehandlung nicht möglich.
- Sonstiges: _____

Der Eingriff wird durchgeführt:

- in örtlicher Betäubung (→ [Formular Örtliche Betäubung](#))
- in Narkose (→ [Formular Behandlung in Narkose](#))
- in örtlicher Betäubung mit Analgosedierung (Dämmerschlaf)

Vermerke der Zahnärztin/des Zahnarztes zum Aufklärungsgespräch

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

Die vorgesehene Behandlung soll am (Datum) _____ stattfinden.

Bestätigung des Aufklärungsgesprächs/schriftliche Einwilligungserklärung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 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

Behandler 1:

Behandler 2:

Behandler 3:

(Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ergänzen)

- 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 und willige in den empfohlenen Eingriff ein.

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Zahnextraktion“

- Ich wurde außerdem darauf hingewiesen, am Operationstag keine Fahrzeuge zu lenken und keine gefährlichen Arbeiten zu verrichten.
- In Ausnahmefällen kann die Operation auch von einem anderen Arzt der Gemeinschaftspraxis durchgeführt werden.
- 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.