



Einverständniserklärung

- Operative Entfernung eines Zahnes im Ober- und/oder Unterkiefer -

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Eine operative Entfernung der Zähne ist in den folgenden Fällen bei oben genannten Situationen erforderlich und wird daher empfohlen:

- Entzündungen von Knochen und Schleimhaut in der Umgebung des betreffenden Zahnes
- Ursache von Nervenschmerzen im Bereich des Gesichtes (Trigeminus-Neuralgie)
- Als mögliche Ursache für Allgemeinerkrankungen
- Vor prothetischer Versorgung mit Kronen/Brücken

Operativer Eingriff

In örtlicher Betäubung (Lokalanästhesie) oder Allgemeinnarkose wird die Schleimhaut vom Knochen gelöst und der Zahn mit einer Fräse durch Abtragen des Knochens freigelegt. Mit einem Hebel oder einer Zange kann der Zahn dann entfernt werden. In besonderen Fällen kann es notwendig sein den Zahn zu trennen, um die Entfernung zu ermöglichen. Die Wunde wird durch Vernähen verschlossen.

Folge der Operation können Schwellungen der Wange und Lippe, Mundöffnungsbehinderung, Schluckbeschwerden und Temperaturerhöhungen (bis 39° C) sein. Diese Folgebeschwerden gehen in aller Regel nach drei bis vier Tagen zurück. Nach einer Woche können die Fäden entfernt werden. Die primäre Wundheilung ist nach ca. vier Wochen abgeschlossen.

Mögliche Komplikationen

Bei allen operativen Eingriffen können Nachblutungen oder Wundheilungsstörungen auftreten. Auch sind allergische Reaktionen auf Anästhetika oder Medikamente möglich. Um die Risiken möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, den Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen, damit wir Fragen zu Allgemeinerkrankungen, Allergien, Komplikationen nach bisherigen Operationen, Blutungsneigungen und Medikamenten im Vorfeld abklären können.

Verhalten nach dem operativen Eingriff

Bei Operationen im Mund sind Einschränkungen der Mundöffnung und Schluckbeschwerden nicht ungewöhnlich und sollten Sie nicht beunruhigen. Bei anhaltenden Nachblutungen, starken Schwellungen und Schmerzen, hohem Fieber oder Störungen Ihres Allgemeinbefindens im Zusammenhang mit der Operation, sollten Sie Ihren Zahnarzt/Ihre Zahnärztin umgehend benachrichtigen.

Nach Durchlesen des Merkblattes und Beantwortung aufgetretener Fragen im Aufklärungsgespräch mit Ihrem Zahnarzt/Ihrer Zahnärztin werden Sie gebeten, zum vorgeschlagenen operativen Eingriff Ihr Einverständnis zu geben:

Ich habe meinen Zahnarzt/meine Zahnärztin über alle zahnmedizinischen und medizinischen anamnestischen Hintergründe aufgeklärt.

Ich bin über Wesen und Technik des chirurgischen Eingriffs informiert worden und verstehe den Vorgang der chirurgischen Vorgehensweise.

Alle alternativen Therapiemaßnahmen sind mir erklärt worden. Mein Zahnarzt hat sorgfältig meinen Mund untersucht. Nach eingehender Diskussion habe ich mich für diese chirurgische Maßnahme entschieden.

Ich bin vollständig darüber aufgeklärt worden, dass mögliche Risiken oder Komplikationen bei jedem chirurgischen Eingriff, bei jeder Lokalanästhesie oder bei zusätzlichen Medikationen auftreten können. Über nachfolgende Komplikationen, wie Schwellung, Schmerzen, Infektion oder allgemeines Unwohlsein bin ich informiert. Taubheiten der Lippe, Zunge, Wange, Kinn oder Zähne können auftreten. Die exakte Dauer dieser Beeinträchtigung ist nicht vorauszusehen und mag in außergewöhnlichen Fällen auch irreversibel sein. Zusätzliche Infektionen der Wunde, des Gefäßsystems oder des umliegenden Gewebes sind möglich. Ich bin darüber informiert worden, dass Knochenfrakturen, Einbrüche in die Kieferhöhle, verzögerte Heilung oder allergische Reaktionen auf Medikamente oder auf Anästhetika auftreten können.

Es ist mir bewusst, dass ich alle Veränderungen oder über das Maß des Normalen hinausgehende Schwierigkeiten unverzüglich meinem Zahnarzt/meiner Zahnärztin anzeigen muss.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass es bis zum heutigen Zeitpunkt keine Methode gibt, um die Heilungsmöglichkeiten des Knochens und des Zahnfleisches von vornherein festzulegen. Der Heilungsverlauf ist individuell unterschiedlich. Nach dem Heilungsverlauf richtet sich aber die weitere Behandlung.

Ort/Datum:

Unterschrift des Behandlers

Unterschrift des Patienten