



## GOEDKEURING WORTELKANAALBEHANDELING TRUDENT KLINIEKEN

### GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

### VOOR BEHANDELING

### WORTELKANAALBEHANDELING

Naam patiënt \_\_\_\_\_

Hierbij geef ik DR. \_\_\_\_\_ toestemming om een wortelkanaalbehandeling uit te voeren op de \_\_\_\_\_ genummerde tand/tanden

De arts legde me uit dat het doel van deze procedure was om tanden te redden die anders getrokken zouden moeten worden. De arts heeft mij de behandeling en de verwachte resultaten van de behandeling uitgelegd. Ik bevestig dat dit een vrijwillige procedure is en dat er alternatieve behandelingen beschikbaar zijn en dat de arts de risico's en voordelen van alternatieve behandelingen heeft uitgelegd. Ik begrijp ook dat het succespercentage van wortelkanaalbehandeling zeer hoog is, maar dat de arts geen perfecte resultaten garandeert of belooft.

De arts legde me uit dat er een aantal mogelijke risico's aan de procedure zijn verbonden. Deze omvatten:

1. Onvermogen om het wortelkanaal van de tand volledig te vullen omdat het kanaal verkalkt is of een bepaalde kromming heeft (hiervoor kan endodontische chirurgie of een tandextractie nodig zijn)
2. Infectie die kan optreden en aanhouden, waardoor verdere endodontische chirurgie of tandextractie nodig kan zijn.
3. Breuk van de wortel of kroon tijdens of na de behandeling
4. Onopzettelijke breuk van vijlen of instrumenten in het wortelkanaalsysteem die niet kunnen worden verwijderd
5. Perforatie van de tand of tandwortel tijdens de behandeling
6. Beschadiging van bestaande vullingen, kronen of porseleinen facings
7. Als gevolg van het gebruik van injecties of anesthesie kunnen soms zwellingen, tederheid van de kaakspieren en zelfs tijdelijke of permanente gevoelloosheid van de tong, lippen, tanden, kaken en/of gezichtswefsels optreden.
8. Er kunnen zich andere onvoorziene omstandigheden voordoen waardoor ik een andere dan de hierboven beschreven procedure moet ondergaan, de behandeling moet herhalen of voor verdere behandeling naar een specialist moet worden doorverwezen. Ik geef de arts en zijn/haar assistenten toestemming om dergelijke procedures uit te voeren wanneer dit, naar hun professionele oordeel, noodzakelijk is, na overleg met mij en het verkrijgen van mijn mondelinge toestemming (behalve in dringende gevallen waarin het niet praktisch is om toestemming te verkrijgen).



Ik begrijp dat de medicijnen, drugs, anesthetica en voorschriften die voor deze procedure worden gebruikt, slaperigheid en gebrek aan bewustzijn en coördinatie kunnen veroorzaken. Ik begrijp ook dat de medicijnen en anesthetica onverwachte reacties kunnen veroorzaken, waarvoor medische behandeling nodig kan zijn. Ik begrijp ook dat ik geen alcohol of uitwendige geneesmiddelen mag gebruiken, omdat deze de genoemde effecten kunnen versterken. Er is mij geadviseerd niet te werken of te rijden of voertuigen of machines te bedienen totdat de effecten van de medicatie volledig zijn uitgewerkt. Als u vragen heeft, aarzel dan niet om deze aan de arts of het personeel te stellen.

Handtekening van de patiënt/wettelijk gemachtigde vertegenwoordiger \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Naam indien ondertekend namens de patiënt \_\_\_\_\_ Verwantheid \_\_\_\_\_