

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR MUNDCHIRURGIE

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR BEHANDLUNG

MUNDCHIRURGIE

Bevor Sie der Entfernung von Zähnen, der Entfernung retinierter Zähne (die „verlagert“ unter dem Zahnfleisch liegen), einer anderen zahnärztlichen Behandlung oder der Verabreichung bestimmter Anästhetika zustimmen, sollten Sie sich darüber im Klaren sein, dass damit bestimmte Risiken verbunden sind.

Wir werden den Zahn der Nummer extrahieren _____

Zu den häufigen Risiken gehören, ohne damit beschränkt zu sein:

1. Arzneimittelreaktionen und deren Nebenwirkungen
2. Schäden an Nachbarzähnen oder Füllungen
3. Postoperative Entzündungen
4. Postoperative Blutungen, die eine Behandlung erfordern
5. Es besteht die Wahrscheinlichkeit, dass ein kleines Wurzelfragment im Kiefer verbleibt und dessen Entfernung einen aufwändigen chirurgischen Eingriff erfordert
6. Verzögerte Heilung (trockene Alveole), die eine häufige Nachsorge erfordert
7. Mögliche Einwirkung auf die Nebenhöhlen bei der Entfernung der oberen Backenzähne, was zu einem späteren Zeitpunkt eine zusätzliche Behandlung oder chirurgische Operation erfordert
8. Mögliche Einwirkung auf die Nerven, bei der aber nicht beschränkt auf die Entfernung der unteren Backenzähne, was zu vorübergehendem oder möglicherweise dauerhaftem Kribbeln oder Taubheitsgefühl oder Schmerzen an der Unterlippe, am Kinn oder an der Zunge auf der operierten Seite führen kann
9. Blutergüsse und/oder Venenentzündungen an der Verabreichungsstelle intravenöser Medikamente, die möglicherweise eine weitere Behandlung erfordern
10. In seltenen Fällen kann es zum Kieferbruch kommen
11. Als Resultat der Injektion oder der Verwendung von Anästhetika kann es manchmal zu Schwellungen, Empfindlichkeit der Kiefermuskulatur oder sogar zu Taubheitsgefühlen der Zunge, der Lippen, der Zähne, des Kiefers und/oder des Gesichtsgewebes kommen, die in der Regel vorübergehend sind. In seltenen Fällen kann ein solches Taubheitsgefühl dauerhaft sein.
12. Anderes

Mir wurde die Möglichkeit der Wahl zwischen verschiedenen Anästhesietechniken angeboten und ich bin mit der Verwendung folgender Anästhetika einverstanden: Lokalanästhesie (Injektion) _____ Lokalanästhesie (Injektion) mit intravenöser Sedierung _____

Hiermit bestätige ich, dass ich das Vorstehende vollständig gelesen habe, alle Fragen oder Bedenken, die möglicherweise bezüglich meiner vorgeschlagenen Operation/Zahnbehandlung auftauchen, besprochen und zufriedenstellende Antworten erhalten habe. Mir ist bewusst, dass es sich bei der zahnmedizinischen Praxis um eine ungenaue Wissenschaft handelt und es mir keinerlei Garantien gegeben werden können oder gegeben wurden.

Unterschrift des Patienten / des offiziellen Vertreters _____ Datum _____

Name in gedruckter Form, wenn im Namen des Patienten unterschrieben wurde _____