

# TRUDENT CLINICS EINVERSÄNDNISERKLÄRUNG ZUR WURZELBEHANDLUNG

## EINVERSÄNDNISERKLÄRUNG ZUR

## WURZELBEHANDLUNG

Name des Patienten \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich Dr. \_\_\_\_\_ eine Wurzelbehandlung an den Zähnen mit den Nummer(n) \_\_\_\_\_ durchzuführen.

Der Arzt hat mir ausführlich erklärt, dass der Zweck dieses Eingriffs darin besteht, Zähne zu erhalten, die sonst möglicherweise extrahiert werden müssten. Der Arzt hat mir die Behandlung und die erwarteten Behandlungsergebnisse erklärt. Mir ist bewusst, dass es sich um einen Wahleingriff handelt und dass es alternative Behandlungsmöglichkeiten gibt, und der Arzt hat die Risiken und Vorteile der Alternativen erläutert. Ich verstehe auch, dass die Erfolgsquote einer Wurzelkanalbehandlung sehr hoch ist, der Arzt jedoch kein perfektes Ergebnis garantiert oder gewährleistet.

Der Arzt hat mir erklärt, dass der Eingriff gewisse potenzielle Risiken birgt. Diese beinhalten:

1. Unfähigkeit, den Wurzelkanal vollständig zu füllen, weil der Kanal verkalkt ist oder eine einzigartige Krümmung aufweist (dies kann eine endodontische Operation oder die Extraktion des Zahns erfordern)
2. Es kann zu einer Infektion kommen, die andauern kann und eine weitere endodontische Operation oder Extraktion erforderlich macht
3. Fraktur oder Bruch des Wurzel- oder Kronenteils während oder nach der Behandlung
4. Unbeabsichtigter Bruch von Feilen oder Instrumenten im Wurzelkanalsystem, die nicht geborgen werden können
5. Perforation des Zahns oder der Zahnwurzel während der Behandlung
6. Schäden an vorhandenen Füllungen, Kronen oder Porzellanveneers
7. Infolge der Injektion oder der Verwendung von Anästhetika kann es manchmal zu Schwellungen, Empfindlichkeit der Kiefermuskulatur oder sogar zu einem vorübergehenden oder dauerhaften Taubheitsgefühl der Zunge, der Lippen, der Zähne, des Kiefers und/oder des Gesichtsgewebes kommen
8. Es können andere unvorhergesehene Umstände auftreten, die ein anderes als das oben beschriebene Verfahren oder eine Wiederholung der Behandlung erfordern, oder ich könnte zur weiteren Behandlung an einen Spezialisten überwiesen werden. Ich ermächtige den Arzt und alle Mitarbeiter, solche Verfahren durchzuführen, wenn sie nach ihrem professionellen Ermessen notwendig sind, nachdem sie die Option mit mir besprochen und meine mündliche Zustimmung eingeholt haben (außer in dringenden Fällen, in denen die Einholung einer Zustimmung möglicherweise nicht praktikabel ist).

Mir ist bewusst, dass die für diesen Eingriff eingenommenen Medikamente, Anästhetika und andere Vorgeschriebene Stoffe zu Schläfrigkeit und mangelnder Aufmerksamkeit und Koordination führen können. Ich verstehe außerdem, dass Medikamente und Anästhetika unerwartete Reaktionen hervorrufen können, die möglicherweise eine medizinische Behandlung erfordern. Ich verstehe auch, dass ich nicht gleichzeitig Alkohol oder andere Drogen konsumieren sollte, da sie diese Wirkung verstärken können. Mir wurde geraten, nicht zu arbeiten und kein Fahrzeug oder keine Maschine zu bedienen, bis ich mich vollständig von der Wirkung der Medikamente erholt habe. Bitte zögern Sie nicht, sich bei Fragen an den Arzt oder das Personal zu wenden.

Unterschrift des Patienten // des offiziellen Vertreters \_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_

Gedruckter Name, wenn im Namen de Patienten unterschrieben wurde \_\_\_\_\_

Beziehung zum Patienten \_\_\_\_\_