
Praxisklinik Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie

Dr. med. Dr. med. dent. Alfons J. Gottsauner

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie/ plast. Operationen/ Implantologie Tel.: 0911/ 26 58 46

R. K. Sinning/ ZÄ/ Kinderzahnheilkunde

Fax: 0911/ 26 58 62

Am Plärrer 19 - 21 90443 Nürnberg

Belegklinik: St. Theresienkrankenhaus Nürnberg

Aufklärungsbogen Exploration

Bei der oben aufgeführten Maßnahme handelt es sich um einen Wahleingriff.

Da der zu behandelnde Zahn sich in einem reduzierten parodontalen Zustand befindet, kann nur während der Operation über das Vorgehen – Zahnentfernung oder Wurzelspitzenresektion – entschieden werden. Selbstverständlich steht die Zahnerhaltung immer im Vordergrund unserer Maßnahmen.

Komplikationen

- 1) Injektionsbedingt - d.h. durch die Betäubungsspritze
 - Schmerzen, Bluterguss, Entzündung an der Einstichstelle
 - Allergische Reaktion
 - Eingeschränkte Fahrtüchtigkeit
 - Nervstörung im Ober- oder Unterkiefer
- 2) Eingriffbedingt - d.h. durch die Zahnentfernung/ respektive Wurzelspitzenresektion
 - Schmerzen, Schwellung, Nachblutung, Wundheilungsstörung
 - Abszess (bis zur Notwendigkeit einer stationären Aufnahme und extraoralem Zugang)
 - Sepsis
 - Nachbarzahnverletzung
 - Bei Entfernung/ respektive Wurzelspitzenresektion von Zähnen im Unterkiefer - Verletzung des Unterkiefer- und Zungennervs mit Taubheitsgefühle der Unterlippe
 - Bei Entfernung/ respektive Wurzelspitzenresektion von Zähnen im Oberkiefer - Kieferhöhleneröffnung und Kieferhöhlenentzündung
 - Kreislaufbeschwerden
 - Allergische Reaktionen auf den eingelegten Streifen im Unterkiefer
 - Zahnverlust – die Wurzelspitzenresektion ist ein Versuch der Zahnerhaltung
- 3) Verhaltensmaßnahmen
 - Körperliche Schonung innerhalb von drei Wochen nach dem Eingriff
 - Kein Alkohol, Kaffee, Nikotin oder Drogen
 - Kühlen mittels Cool Packs – diese nie direkt auf die Haut aufbringen

Einwilligungserklärung

Ich, «FullPatName», wohnhaft «PatStrasse», «PatOrt»,

willige nach ausreichender Überlegung in den geplanten Wahleingriff ein.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich ausreichend und ausführlich über den geplanten operativen Eingriff unterrichtet wurde.

Ich habe zu dem geplanten operativen Eingriff keine weiteren Fragen mehr.

Unterschrift Patient

Nürnberg, 25.04.2013

Unterschrift Behandler