

Aufklärung Weisheitszahnentfernung

Patient:

Befund/Diagnose:

Behandlungsalternativen

- keine abwartendes Verhalten siehe Unterlassung der Behandlung

Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen der geplanten Behandlung

Allgemein: Nachblutungen ■ große Schwellungen ■ Entzündungen. **Im Unterkiefer:** mechanische Verletzung der Nerven ■ Entzündungen und Vernarbungen der Nerven ■ vorübergehendes, sehr selten andauerndes Taubheitsgefühl der betroffenen Unterlippenseite ■ Verletzung des Zungennervs ■ vorübergehendes, sehr selten andauerndes Taubheitsgefühl und Geschmacksstörungen der betroffenen Zungenhälfte ■ sehr selten Unterkieferbruch. **Im Oberkiefer:** Eröffnung der Kieferhöhle ■ Entzündung der Kieferhöhle ■ Abbruch eines Knochenteils ■ Nachoperation

- In Ihrem Fall bestehen folgende besondere Risiken: _____

Verlauf, Verhalten des Patienten vor, während und nach der Behandlung, Nachsorge

Kühlung der betroffenen Seite, Schonung der Wunden, Vermeidung von Kaffee, Nikotin und Alkohol
Schwellungen der Wange ■ eingeschränkte Mundöffnung ■ Schluckbeschwerden ■ erhöhte Temperatur ■ Schmerzen ■ allgemeines Krankheitsgefühl ■ Entfernung der Fäden
Analgetika, evtl. Antibiotika

- sonstige Hinweise: _____

Unterlassung der Behandlung/möglicher Alternativen ■ mögliche nachteilige Folgen

weitere Entzündungen ■ Abszessbildungen ■ Rückwärtsbewegung der Backenzähne zur Regulierung verhindert ■ unzureichendes kieferorthopädisches Behandlungsergebnis

- sonstige mögliche nachteilige Folgen im vorliegenden Fall: _____

Kostengemäß Heil- u. Kostenplan Kostenvoranschlag Mehrkostenvereinbarung (liegen mir vor)

SUMME Eigenanteil ca. _____ €. Unvorhersehbare Entwicklungen können zusätzliche Kosten bewirken.

Bestätigung der Aufklärung

Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt hat alle Punkte ausführlich mit mir besprochen. Ich habe alles verstanden und keine Fragen mehr. Ich habe meine Entscheidung gründlich bedacht und brauche keine weitere Überlegungsfrist.

Patienteneinwilligung

- Ich willige in die vorgeschlagene(n) Behandlung(en) ein. Dies gilt auch für eine eventuelle Betäubung, über die ich gesondert aufgeklärt wurde, sowie für notwendige Änderungen/Erweiterungen/Neben-/Folgeeingriffe. Ich kann die Einwilligung bis zum Behandlungsbeginn widerrufen.
- Ich willige in die vorgeschlagene(n) Maßnahme(n)/Behandlung(en) nicht ein und bestätige hiermit, dass ich über die möglichen Folgen des Unterlassens der Maßnahme aufgeklärt wurde.

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Unterschrift Assistenz

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient/gesetzlicher
Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter*