



Dr. med. dent. Mario Weyland

Zahnarzt und Zahntechniker



Aufklärung und Einwilligung zu operativen Eingriffen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Art des Eingriffs:

Tel. (06806) 2375
Fax (06806) 440763

Trotz aller Sorgfalt können bei Eingriffen im zahnärztlichen Bereich wie z.B. Extraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Osteotomien usw. oder die örtliche Betäubung selbst vereinzelt folgende Komplikationen auftreten:

- Verletzungen an Schleimhaut, Zunge und seltener an Knochengewebe. Diese heilen in der Regel von selbst. In seltenen Fällen können diese zu Abszessen oder Nekrosen führen.
- Reversible oder dauerhafte Nervschädigung mit Gefühlstörung oder Taubheit
- Verschlucken oder Einatmung von Fremdkörpern
- Blutungen, Nachblutungen
- Schmerzen
- Schwellung
- Wundheilungsstörung
- Verletzung oder Beschädigung von Nachbarzähnen oder Restaurationen (wie Kronen, Brücken, Prothesen, Füllungen, ...)
- Selten Infektionen
- Selten Kieferbruch
- Extrem selten Kanülenbruch
- Selten Unverträglichkeitsreaktionen auf eingesetzte Medikamente oder Betäubungsmittel
- Sehr selten lebensbedrohliche allergische Reaktionen
- Kreislaufprobleme
- Kieferklemme
- Hämatome
- Eröffnung der Kieferhöhle
- Erforderliche operative Freilegung bei tief zerstörten oder abbrechenden Zähnen
- Alle Arten von ärztlichen Eingriffen können niemals eine Garantie auf Erfolg und Heilung beinhalten!
- Den mir mitgeteilten und ausgehändigten Anweisungen zum Verhalten vor und nach operativen Eingriffen werde ich Folge leisten!

Wir weisen darauf hin, dass die Verkehrstüchtigkeit und die Konzentrationsfähigkeit zum Führen von Maschinen unter dem Einfluss verabreichter Injektionen und Medikamenten unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann!

Zahnärztliche Injektionen, insbesondere Leitungsanästhesien bergen, wenn auch nur in seltenen Fällen, das Risiko bleibender bzw. vorübergehender Schäden wie z. B Kanülenbruch, Gefühlstörungen im betreffenden Gebiet, Nekrosen, Abszessen. Ich wurde hiermit über die Risiken aufgeklärt und bin mit der Anästhesie im Bedarfsfall einverstanden.

Ich bin über die Risiken aufgeklärt, hatte ausreichend Zeit, Fragen zu meinem Fall zu stellen und bin mit dem Eingriff einverstanden.

Riegelsberg, den:

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter: