

Die Eingriffe beschränken sich auf die Bereiche Endodontie und Mikrochirurgie

## **Einverständniserklärung für eine chirurgische Wurzelkanalbehandlung**

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

Behandlung wegen: \_\_\_\_\_

Behandlungsvorschlag: \_\_\_\_\_

Die chirurgische Wurzelkanaltherapie ist eine Behandlung, die durchgeführt wird um einen Zahn zu erhalten, der ansonsten entfernt werden müsste. Die Behandlung wird an Zähnen durchgeführt die zuvor einer Wurzelkanalbehandlung unterzogen wurden und nicht richtig heilen. Die Behandlung lindert Schmerzen und Unwohlsein durch die Entnahme von entzündetem und/oder infiziertem Gewebe zwischen den Zahnwurzeln sowie die Versiegelung des Innenraums der Wurzelenden. Trotz der hohen klinischen Erfolgsrate von chirurgischen Wurzelkanalbehandlungen tragen verschiedenste, im Vorhinein nicht bestimmbar, Faktoren dazu bei, dass die Behandlung entweder erfolgreich verläuft oder keine Wirkung zeigt. Aus diesem Grund besteht die Möglichkeit, dass ein behandelter Zahn erneut behandelt werden muss, ein chirurgischer Eingriff notwendig ist oder der Zahn entfernt werden muss. Einige dieser Faktoren, welche den Ausgang der Behandlung bestimmen sind: die Abwehrkraft des Körpers gegenüber Infektionen, die Lage und Anatomie des Wurzelkanalsystem, Parodontalerkrankungen (Erkrankungen des Zahnfleisches), eine Zahnfraktur der entweder unentdeckt geblieben ist oder erst nach der Behandlung entdeckte wurde, die Nichteinhaltung von fixierten Behandlungsterminen; oder das Versäumnis nach der Behandlung den Zahn schnell genug korrekt wiederherzustellen.

Ich erkläre hiermit, dass ich verstehe, dass bei der chirurgischen Wurzelbehandlung folgende, aber nicht ausschließlich folgende, Komplikationen auftreten können: die Möglichkeit gebrochener zahnärztlicher Instrumente innerhalb des Wurzelkanals, welche den Erfolg der Behandlung verhindern und eine Entfernung des Zahnes

erforderlich machen.; Perforationen (zusätzliche Öffnungen) an der Krone oder Zahnwurzel, Beschädigung bereits vorhandener Füllungen, Kronen oder Brücken; ein Bruch des Zahnes; Unwohlsein; Kiefermuskelkrämpfe, Probleme mit dem Kiefergelenk; Schwellungen, blaue Flecken und Schmerzen im Zahnfleisch und Gesicht. Es können während oder nach der Behandlung Komplikationen auftreten, welche die weitere Behandlung verhindern oder chirurgische Eingriffe an der Wurzel bzw. die Entfernung der Wurzel notwendig machen. Solcherlei Behandlungen können weitere Kosten mit sich bringen über die Sie zum Zeitpunkt der Diagnosestellung informiert werden.

Ich erkläre hiermit, dass ich verstehe, dass durch Narkose, Injektionen, verschriebene Schmerzmittel und andere Medikamente folgende, wenn auch nicht ausschließlich folgende, Komplikationen auftreten können: Schwellungen, Infektionen, Blutungen, Gesichtsbälasse, blaue Flecken, Unwohlsein, Schmerzen, Übelkeit, Schwindel, allergische Reaktionen, Taubheitsgefühle oder Kribbeln in den Lippen, dem Zahnfleisch oder der Zunge (für gewöhnlich zeitweilig).

Ich wurde aufgeklärt von mögliche Behandlungsalternativen wie zB., Zahnentfernung oder keine Behandlung. Es wird jede nur mögliche Bemühung unternommen um sicherzugehen, dass Ihr Problem adäquat behandelt wird, auch wenn es nicht möglich ist perfekte Ergebnisse zu garantieren. Durch Ihre Unterschrift erkennen Sie an, die vollständige Information über die empfohlene Behandlungsmethode erhalten zu haben, sowie über mögliche Alternativen. Sie erkennen an, diese Informationen verstanden zu haben und dass alle offenen Fragen beantwortet wurden.

- Ich erkläre mich einverstanden mit der oben beschriebenen Behandlungsmethode.
- Ich weigere mich mein Einverständnis zur oben beschriebenen Behandlungsmethode zu geben. Ich wurde über die möglichen Konsequenzen meiner Entscheidung informiert und verweigere die Behandlung.

---

*Patient, Elternteil oder Vormund / Datum*

---

*Dr. Mario Castro / Datum*