

# Weisheitszahnentfernung

Praxisgemeinschaft Dr. Gerstenberger

Berlin, der 13. März 2006

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Adresse

---

---

## 1 Gründe, Vorgehensweise, Einwilligung und Aufklärung

Weisheitszähne entstehen genauso wie andere Zähne, sind also in keiner Weise schlechter als diese. Probleme mit Weisheitszähnen treten erst dann auf, wenn der Platz im Kiefer nicht ausreicht. Sie können dann nicht ausreichend in die Mundhöhle hineinwachsen, bleiben also vollständig oder teilweise im Kiefer stecken.

Hier können sie zu einer chronischen Entzündung im Kiefer oder zur Entwicklung einer Zyste (= Hohlraum im Kieferknochen) führen. Diese Entwicklung erfolgt häufig zunächst unbemerkt, kann jedoch jederzeit akut werden, das heißt, es können Schmerzen, Schwellung, Schluckbeschwerden und eine Einschränkung der Mundöffnung auf treten.

Im Kiefer verbliebene Zähne können benachbarte Zähne beschädigen oder zu sammenschieben. Dies kann nicht nur zu ästhetischen Einbußen durch Fehlstellung führen, es entstehen auch schlecht zugängliche Nischen zwischen Zähnen. Hier können eher Karies und Zahnfleischerkrankungen entstehen, da die Pflege erschwert ist. Zahnfehlstellungen können langfristig zu Funktionsstörungen (das heißt zu Störungen bei der Kaubewegung) führen. Das Ergebnis einer kieferorthopädischen Behandlung kann gegebenenfalls wieder zunichte gemacht werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass an ( ) mir ( ) meinem Kind eine Weisheitszahnentfernung vorgenommen wird. Insbesondere sind mir folgende Punkte erläutert worden:

1. Die Weisheitszahnentfernung ist ein operativer Eingriff, bei dem es zu den bei jedem operativen Eingriff möglichen Komplikationen kommen kann (z. B. Wundheilungsstörung, Blutung).
2. Der Eingriff wird in örtlicher Betäubung durchgeführt. Dies birgt Risiken hinsichtlich einer Unverträglichkeit des Anästhetikums, Blutungen im Injektionsbereich und der Schädigung von Nerven in sich.
3. Vorerkrankungen und Allgemeinleiden können einen negativen Einfluss auf eine Weisheitszahnentfernung haben. Mir ist bekannt, dass ich solche Erkrankungen daher mitteilen muss.
4. Ein Erfolg der Weisheitszahnentfernung kann nicht garantiert werden.

5. Im Unterkiefer kann es bei bestimmten Voraussetzungen zu einer Beeinträchtigung oder dem Verlust des Gefühls in der Lippe oder der Zunge, gegebenenfalls auch der Geschmacksempfindung kommen. Dies kann dauerhaft sein, ist jedoch meist vorübergehend.
6. Eröffnungen der Kieferhöhlen werden durch einen besonders dichten Wundverschluss behoben. Anschließend müssen spezielle Medikamente verordnet werden.
  - Im Oberkiefer kann es ungewollt zu einer Eröffnung der Kieferhöhle kommen.
  - Im Oberkiefer muss jedoch unter Umständen die Kieferhöhle eröffnet werden, um an den Weisheitszahn zu gelangen.
7. Sollte sich während des Eingriffes die fachgerechte Durchführung als nicht möglich erweisen, kann das operationstechnische Vorgehen geändert werden oder die Operation ganz abgebrochen werden. Erfolgsgarantie und Risikofreiheit sind bei keinem Heileingriff möglich.

## 2 Bestätigung der Inkenntnissetzung

1 Ich bestätige, dass ich die obige Unterrichtung einschließlich der Komplikationsmöglichkeiten und der daraus folgenden wesentlichen Beeinträchtigungen verstanden habe. Über Besonderheiten der bei mir vorgesehenen Weisheitszahnentfernung konnte ich mich informieren.

Die Grafik im Anhang dieses Schriftstücks wurde mir erklärt und ich habe sie verstanden.

2 Bei der Weisheitszahnentfernung kann sich bei einem ungünstigen Verlauf die Notwendigkeit einer Wiederholung des Eingriffes stellen.

Geplante Weisheitszahnentfernung: \_\_\_\_\_

Region: \_\_\_\_\_

Material: \_\_\_\_\_

3 Nach dem Eingriff kann die Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein. Eine Begleitperson ist daher zu empfehlen. In den ersten Tagen nach der Operation kann es im Bereich des Operationsgebietes zu einer unterschiedlich starken Schwellung kommen. Sie erhalten nach dem Eingriff spezielle Hinweise für das Verhalten nach der Operation.

4 Nach mündlicher Besprechung mit dem Zahnarzt bestätige ich hiermit, dass ich über das Ziel und den Hergang des vorgesehenen ärztlichen Eingriffes informiert bin. Ich hatte Gelegenheit, mich über wesentliche Beeinträchtigungen zu informieren, die durch Komplikationen bei der Durchführung und die bei Unterlassung der Behandlung auftreten können.

5 Wenn es im Falle eines unvorhergesehenen Befundes nach ärztlichem Ermessen notwendig erscheint, kann über den vorgeschlagenen Umfang des Eingriffes hinaus gegangen werden, wenn vorausgehende Aufklärung während des Eingriffes nicht möglich ist und der Eingriff ohne eine Gefährdung meiner Gesundheit auch nicht unterbrech- oder verschiebbar ist.

6 Alternative Behandlungsmöglichkeiten wurden besprochen. Diese sind:

\_\_\_\_\_

7 fakultativ ( ) Über seltene, in meinem Fall speziell bestehende Risiken wurde ich aufgeklärt. Diese sind:

8 Sollten Sie noch keine Gelegenheit gehabt haben, Vorerkrankungen mitzuteilen oder ist dazu noch etwas unklar, so nennen Sie **jetzt** dem Zahnarzt alle Erkrankungen, die Sie hatten oder an denen Sie leiden, und geben Sie Medikamente an, die Sie ein nehmen. Sie helfen damit, Risiken zu vermeiden. Notfalls nennen Sie vergessene Krankheiten, Medikamente, Leiden und alles was Sie zu Ihrem Gesundheitszustand wissen auch kurz vor Operationsbeginn dem Zahnarzt.

9 Alle meine Fragen wurden beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung widerrufen kann. Mit Patient kann auch der gesetzliche Vertreter gemeint sein. Die Unterschrift eines Elternteils gilt für beide!

_____	_____
Ort	Datum
_____	_____
Patient	Zahnarzt

## 2.1 Zusatzvereinbarung

Dies betrifft weitere Vereinbarungen wie z. B. eventuelle anfallende Zusatzkosten.

_____	_____
Ort	Datum
_____	_____
Patient	Zahnarzt

## 3 Anhang

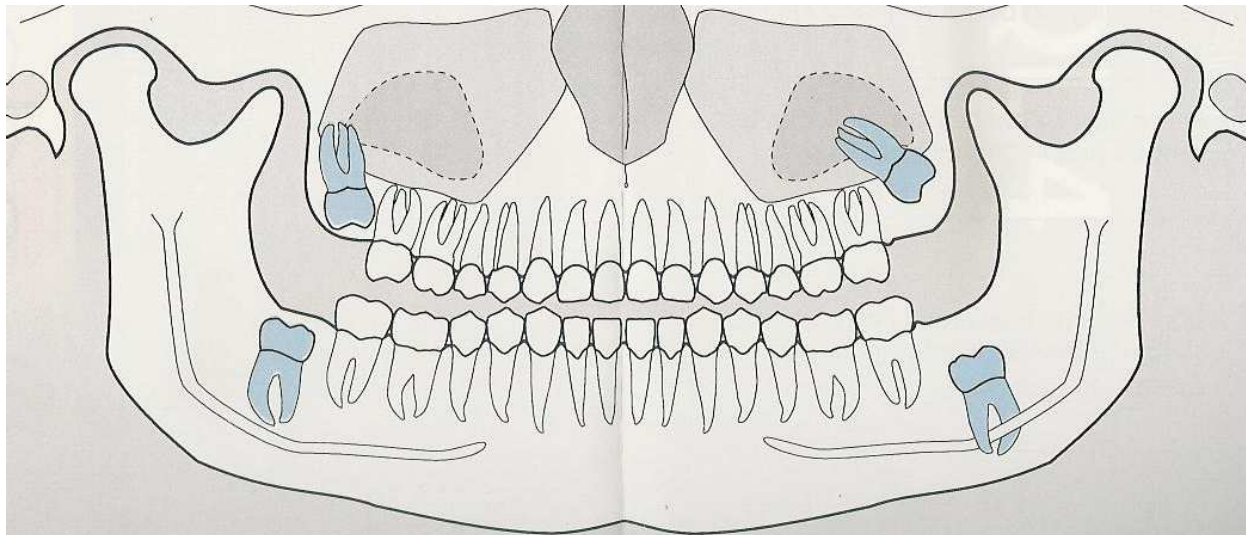


Abbildung 1: Die Grafik zeigt den menschlichen Unter- und Oberkiefer mit seinen Nervverläufen und der Lage wichtiger weiterer anatomischer Strukturen.