

## Einwilligungserklärung „Zahnextraktion“

Patientendaten

Praxis/Klinik/Institution

Zahnarztpraxis V. Gerber  
Dr.-Vits-Staße 11

63906 Erlenbach am Main

**Befund/Diagnose:** \_\_\_\_\_ **Behandlungsalternativen** \_\_\_\_\_

### Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen der geplanten Behandlung

**Allgemein:** Nachblutungen ■ Entzündung - Knocheneiterung ■ Lücke ■ prothetische Versorgung ist keine Komplikation der Extraktion. (Die Möglichkeit des Ersatzes eines Zahnes ist nicht entscheidend für die Indikation zur Extraktion.)

**Im Oberkiefer:** Eröffnung der Kieferhöhle, selten Beschädigung von Nachbarzähnen und Abbruch von Knochenteilen.

**Im Unterkiefer:** Funktionsminderung des Unterkiefernerven ■ Taubheit der betroffenen Unterlippenhälfte ■ Gefühls- und Geschmacksstörungen der betroffenen Zungenseite, selten Beschädigung von Nachbarzähnen und Abbruch von Knochenteilen

(evtl. Schäden durch die Lokalanästhesie [Lippen-, Zungentaubheit])

In Ihrem Fall bestehen folgende besondere Risiken: \_\_\_\_\_

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

Schwellungen ■ Schmerzen ■ eingeschränkte Mundöffnung ■ Nachblutungen

Kühlung und Schonung der Wunde, Analgetika und b. B. Antibiotika

sonstige Hinweise: \_\_\_\_\_

### Unterlassung der Behandlung/möglicher Alternativen – mögliche nachteilige Folgen

andauernde Entzündung ■ Abszessbildung ■ keine Schmerzbesichtigung ■ weitere Zahnersatzbehandlung nicht möglich

sonstige mögliche nachteilige Folgen im vorliegenden Fall: \_\_\_\_\_

### 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.

Aufklärung über Lokalanästhesie ist erfolgt

### 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\*