
Praxisklinik Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie

Dr. med. Dr. med. dent. Alfons J. Gottsauner

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie/ plast. Operationen/ Implantologie Tel.: 0911/ 26 58 46

R. K. Sinning/ ZÄ/ Kinderzahnheilkunde

Fax: 0911/ 26 58 62

Am Plärrer 19 - 21 90443 Nürnberg

Belegklinik: St. Theresienkrankenhaus Nürnberg

Aufklärungsbogen Operative Zahnentfernung

Bei der oben aufgeführten Maßnahme handelt es sich um einen Wahleingriff.

Komplikationen

- 1) Injektionsbedingt - d.h. durch die Betäubungsspritze
 - Schmerzen, Bluterguss, Entzündung an der Einstichstelle
 - Allergische Reaktion
 - Eingeschränkte Fahrtüchtigkeit
 - Nervstörung im Ober- oder Unterkiefer
- 2) Eingriffbedingt - d.h. durch die Zahnentfernung
 - Schmerzen, Schwellung, Nachblutung, Wundheilungsstörung
 - Abszess (bis zur Notwendigkeit einer stationären Aufnahme und extraoralem Zugang)
 - Sepsis
 - Nachbarzahnverletzung
 - Bei Entfernung von Zähnen im Unterkiefer - Verletzung des Unterkiefer- und Zungennervs mit Taubheitsgefühle der Unterlippe
 - Bei Entfernung von Zähnen im Oberkiefer - Kieferhöhleneröffnung und Kieferhöhlenentzündung
 - Fraktur des Unterkiefers (selten), z.B. durch Essen von harten Speisen
 - Kreislaufbeschwerden
 - Allergische Reaktionen auf den eingelegten Streifen im Unterkiefer
- 3) Verhaltensmaßnahmen
 - Körperliche Schonung innerhalb von drei Wochen nach dem Eingriff
 - Kein Alkohol, Kaffee, Nikotin oder Drogen
 - Kühlen mittels Cool Packs – diese nie direkt auf die Haut aufbringen

Einwilligungserklärung

Ich, «FullPatName», wohnhaft «PatStrasse», «PatOrt»,
willige nach ausreichender Überlegung in den geplanten Wahleingriff ein.
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich ausreichend und ausführlich über den geplanten operativen Eingriff unterrichtet wurde.
Ich habe zu dem geplanten operativen Eingriff keine weiteren Fragen mehr.

Nürnberg, 25.04.2013

Unterschrift Patient

Unterschrift Behandler