

---

# 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 Wurzelspitzenresektion

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 Wurzelspitzenresektion
  - Schmerzen, Schwellung, Nachblutung, Wundheilungsstörung
  - Abszess (bis zur Notwendigkeit einer stationären Aufnahme und extraoralem Zugang )
  - Sepsis
  - Nachbarzahnverletzung
  - Bei Resektion der Zähne im Unterkiefer - Verletzung des Unterkiefer- und Zungenervs mit Taubheitsgefühle der Unterlippe
  - Bei Resektion der Zähne im Oberkiefer - Kieferhöhleneröffnung und Kieferhöhlenentzündung
  - Zahnverlust – die Wurzelspitzenresektion ist ein Versuch der Zahnerhaltung
  - Kreislaufbeschwerden
- 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.

---

Unterschrift Patient

Nürnberg, 25.04.2013

---

Unterschrift Behandler