



Dr. med. dent. Thomas Käppler M.Sc. M.Sc.
Lutherstraße15, 01900 Großröhrsdorf, ☎ 035952/ 46819
Weißbacher Straße 3, 01896 Pulsnitz, ☎ 035955/ 73655
info@zahnarztpraxis-kaeppler.de
www.zahnarztpraxis-kaeppler.de

Einwilligung zur Behandlung

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Aufklärung über Risiken bei einer Betäubung (Lokalanästhesie) des Behandlungsgebietes bei jeglicher zahnärztlichen Therapie einschließlich der Füllungstherapie, der Entfernung von Zähnen (Extraktion), sowie bei einem chirurgischen Eingriff bzw. einer Wurzelbehandlung.

Ich bin durch meinen Zahnarzt/Zahnärztin vor der Behandlung darüber aufgeklärt worden, dass folgende Risiken bei den o.g. Behandlungsmaßnahmen bestehen:

- Auslösung allergische Reaktion
- Verletzung von Nerven (Ausfall bzw. Einschränkung von Motorik und Sensibilität der Schleimhaut, Wange, Lippe oder Zunge, im ungünstigsten Fall irreversible)
- Auslösung von Herz-Kreislauf-Reaktionen (Synkopen)
- Allgemeine Nebenwirkungen und Reaktionen auf das Anästhetikum
- Verletzung von angrenzenden Weichteilen (z.B. Wange) und selten auch von Knochen
- Eröffnung von knöchernen Strukturen (z.B. Kieferhöhle)
- Wundheilungsstörungen
- Blutungen, Blutergüsse
- Infektionen, äußerst selten auch Bakteriämien (Sepsis, Endokarditis)

Ich habe die Aufklärung verstanden. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ein Exemplar dieses Formulars habe ich zum Mitnehmen und Aufbewahren erhalten.

Ich bin mit dem geplanten Eingriff und der entsprechenden Betäubung des Behandlungsgebietes einverstanden.

Ich habe die Risiken bei den o.g. typischen Behandlungs- und Betäubungsmaßnahmen verstanden und möchte nicht bei jedem dieser Eingriffe erneut über die Risiken aufgeklärt werden.

Ort

Datum

Patient oder gesetzl. Vertreter

(Zahn-)Arzt

(Die Unterschrift eines Elternteils gilt für beide!)