

# Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Langzeitprovisorische Kronen/Brücken; provisorische/Interimsprothesen“

Patientendaten

Praxis/Klinik/Institution

## Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

Der Zahn/die Zähne

- \_\_\_\_\_ sollen vorläufig mit provisorischen Kronen versorgt werden.
- \_\_\_\_\_ sollen durch provisorische Brückenglieder ersetzt werden.
- \_\_\_\_\_ sollen vorläufig durch provisorischen herausnehmbaren Zahnersatz erneuert werden.

## Wozu dient die provisorische Versorgung?

Die provisorische Versorgung soll die Zeit bis zu einer endgültigen Versorgung überbrücken. Inzwischen können:

- Wunden nach Zahntentfernungen/Operationen verheilen
- Implantate einheilen.
- Reizungen, Entzündungen abklingen.
- neue Bisslagen der Kiefer zueinander erprobt werden.
- Anpassungen der optischen/ästhetischen Wirkung vorgenommen werden.
- persönliche Mundhygienemaßnahmen eingeübt werden.
- zweifelhafte/stark geschädigte Zähne sich bewähren oder nachträglich entfernt werden.
- sich Erfolge bereits durchgeführter Behandlungsmaßnahmen einstellen.
- Zahnbetterkrankungen, Zahnfehlstellungen oder Kiefergelenkerkrankungen behandelt werden.
- angestrebte große Umstellungen durch mehrmalige kleinere Änderungen schonender gestaltet werden.
- Planungsänderungen für die endgültige Versorgung notwendig werden.
- \_\_\_\_\_

## Wie ist der Behandlungsablauf ...

Reihenfolge/Ausführung von Terminen/Schritten in Praxis und Dentallabor können im Einzelfall abweichen.

## ... bei der Versorgung mit provisorischen Kronen und Brücken?

Röntgenaufnahmen dienen der Planung. Von beiden Kiefern werden genaue Abformungen mit weichen Massen genommen und später im Labor mit hartem Gips ausgegossen. Die Lebendigkeit der Zähne, die eine Krone tragen sollen, wird überprüft. Mit einer Betäubungsspritze (→ [Formular Örtliche Betäubung](#)) können Ausbohren/Beschleifen schmerzfrei ablaufen. Alte Kronen werden auf dem Zahn zerteilt und vorsichtig abgenommen, defekte Füllungen und kranke Zahnschubstanz entfernt. Vor der Formgebung durch Beschleifen können fehlende Anteile durch Aufbaufüllungen ergänzt werden. Die entstehenden Zahn-„Stümpfe“ haben die Form verkleinerter Zähne.

## Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Langzeitprovisorische Kronen/Brücken; provisorische/Interimsprothesen“

Die passende Zahnfarbe wird ausgesucht. Provisorische Kronen/Brücken aus Metall sind nur selten erforderlich, meist bestehen sie aus zahnfarbenen Kunststoffen. Sie können auf verschiedene Weise entstehen: Beim **direkten Verfahren** dient eine Abformung, eine dünne, den Zahnreihen eines Gipsmodells angeformte Folie oder eine fertige Kronenhülse als „Hohlform“ für die äußere Oberfläche der Provisorien. Die Form wird gezielt mit Kunststoffpaste gefüllt und über die beschliffenen Zahnstümpfe gestülpt. Durch die Aushärtung des Kunststoffes entstehen passgenaue Kronen. Sie können in manchen Fällen durch provisorische Brückenglieder verbunden sein.

Beim **indirekten Verfahren** wird eine genaue Abformung der beschliffenen Zähne genommen. Die Anfertigung präziser Provisorien erfolgt dann im Labor auf dem Gipsmodell. **Eierschalenprovisorien** werden im Labor als dünne Kronenhüllen hergestellt und im Mund aufgefüllt/angepasst. Provisorische Kronen werden mit provisorischem Zement auf den Zähnen befestigt. Wie ein Verband schützen sie den Zahn vor Reizen. Aussehen, Biss, Sprach- und Kaumöglichkeiten werden so weit wie möglich wiederhergestellt. Provisorien sollten eine gute tägliche Pflege von Zähnen und Zwischenräumen ermöglichen.

### ... bei der Versorgung mit einer provisorischen Prothese (Interimsprothese)?

Röntgenaufnahmen dienen der Planung. Die passende Zahnfarbe wird ausgesucht. Von beiden Kiefern werden genaue Abformungen mit weichen Massen genommen und später mit hartem Gips ausgegossen. Die Lagebeziehung der Zahnreihen/Kiefer zueinander (der „Biss“) wird genau aufgezeichnet. Mit einer „Gesichtsbogenübertragung“ kann die Stellung des Oberkiefers zur Bewegungsachse der Kiefergelenke bestimmt werden. Im Labor lässt sich das Gebiss in einem Kausimulator nachahmen; eine provisorische Prothese wird angefertigt. Meist besteht sie aus einer Grundplatte aus rosa Kunststoff und natürlich wirkenden Ersatzzähnen. Drahtklammern können zur Verankerung an vorhandenen Zähnen dienen. Aussehen, Zusammenbiss, Sprach- und Kaumöglichkeiten werden möglichst wiederhergestellt.

### Welche Behandlungsalternativen stehen grundsätzlich zur Verfügung?

Zu der vorgeschlagenen provisorischen Versorgung gibt es mögliche Alternativen – mit **Vor- und Nachteilen**:

- Alternativ zu den vorgeschlagenen provisorischen Kronen und Brücken kommt die vorgezogene Anfertigung und provisorische Befestigung **endgültiger Kronen/Brücken** in Betracht. Dabei besteht allerdings ein erhöhtes Risiko, sodass durch unerwartete/unerwünschte Entwicklungen umfangreiche Änderungen/Neuanfertigungen erforderlich werden.
- Alternativ zu den vorgeschlagenen provisorischen Prothesen kommen in bestimmten Fällen **provisorische Implantate** in Betracht. Sie sind deutlich aufwändiger und erfordern je eine Operation für Einsetzen und Herausnehmen.
- In Ihrem Fall kommen folgende Behandlungsalternativen in Betracht: \_\_\_\_\_

### Welche Nebenwirkungen und Komplikationen können auftreten?

Bei provisorischen Versorgungen bestehen, wie bei allen zahnmedizinischen Behandlungen, gewisse Risiken:

Häufig

- leichte bis starke **Schmerzen** an den Kronenzähnen und/oder am umgebenden Zahnfleisch
- kurzfristige, vor allem bei nicht ausreichender Pflege auch längerfristige **Zahnfleischantzündung/Blutung**
- **Überempfindlichkeit** der Zähne gegen heiße, kalte, saure, süße Reize oder Berührung
- Beschwerden oder **Schmerzen beim Aufbeißen** und/oder Kauen
- anfängliches **Fremdkörpergefühl**
- **Druckstellen** an Prothesenrand/Prothesenfläche kurz nach Anfertigung oder später
- häufigeres **Beißen** auf Zunge oder Wange
- **Geschmacks-/Geruchsempfindung** verändert

## Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Langzeitprovisorische Kronen/Brücken; provisorische/Interimsprothesen“

- vermehrter oder verminderter **Speichelfluss**
- spürbare **Beweglichkeit** der Prothese beim Kauen
- Umbau/Ausheilung des **Kieferknochens**/schlechtere Passung, mehr Beläge/Speisereste unter Prothese
- **Lockerung** der Prothese
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Manchmal

- Verfärbung, Abnutzung, Zerbrechen der provisorischen Kronen/Brücken
- **Herausfallen, Verschlucken** (selten), **Einatmen** (extrem selten) der provisorischen Kronen/Brücken
- **Absterben** des lebendigen **Nervs** eines Kronenzahns. Notwendige **Wurzelbehandlung** oder **Entfernung**
- **Zahnfleischrückgang** und **Sichtbarwerden** von Kronenrändern
- **Karies** an den Kronenzähnen, insbesondere bei nicht ausreichender Zahn- und Zwischenraumpflege
- **Verfärbung** der Prothesenzähne/der Zwischenräume/des Prothesenkunststoffes im Laufe der Zeit
- **Zahnsteinbildung** an der Prothese, insbesondere bei nicht ausreichender Prothesenpflege
- Auftreten von **Rissen, Sprüngen, Brüchen** der Prothese, **Absplintern/Herausbrechen** von Prothesenzähnen
- **Rötung** der unter der Prothese liegenden Mundschleimhaut (Prothesenstomatitis)
- gutartige **Wucherungen** der Mundschleimhaut am Prothesenrand
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Selten

- **Verfärbungen** von Zahnfleisch oder Zahn am Kronenrand
- **Verletzungen** an Zunge, Zahnfleisch oder Lippe/Wange durch Bruchkanten
- **allergische Reaktionen** auf verwendete Materialien
- **Abbrechen/Lösung** von Klammern/Klammerteilen; Verschlucken (selten), Einatmen (extrem selten)
- **Verletzungen** an Zunge, Zahnfleisch oder Lippe/Wange durch Bruchkanten
- **Bösartige Wucherungen** der Mundschleimhaut am Prothesenrand (wenn gutartige vernachlässigt wurden)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Neben den genannten können weitere, nicht aufgeführte negative Folgen/Risiken bestehen/entstehen.

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

### Wichtige Hinweise



Informieren Sie uns bitte umfassend über bestehende Erkrankungen und Allergien. Folgende Grunderkrankungen bzw. Allergien sind bekannt: \_\_\_\_\_

## Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Langzeitprovisorische Kronen/Brücken; provisorische/Interimsprothesen“

- ! Treten Beschwerden/Schmerzen/Schwierigkeiten/Fragen auf, bitte umgehend an Ihre Zahnarztpraxis wenden.
  - ! Nur bei gründlicher täglicher Pflege der Prothese bleibt sie ansehnlich, funktionsfähig und körpervertäglich.
  - ! Gründliche tägliche Pflege von Zähnen und Zahnzwischenräumen beugt Zahnfleischentzündungen/Karies vor.
  - ! Prothese gleichmäßig rechts und links einsetzen/herausnehmen. Nicht verkanten!
  - ! Nach dem Einsetzen von Prothesen korrekten Sitz mit Fingern/Zunge überprüfen. Erst danach zubeißen!
  - ! Falls Sie die Prothese nicht tragen: Zum Schutz vor Schäden unbedingt in einer starren Dose aufbewahren!
  - ! Bei längerem Auslassen können Zähne wandern. Im ungünstigsten Fall passt die Prothese dann nicht mehr!
  - ! Provisorische Prothesen verlieren durch Knochenheilung/Knochenabbau langfristig an Passform. Regelmäßige Kontrollen in der Zahnarztpraxis sind besonders wichtig. Der entstehende Spalt zum Kiefer kann nötigenfalls durch Unterfüttern mit Kunststoff aufgefüllt werden, um Kippen/Schaukeln und Brüche zu vermeiden.
  - ! Wenn Klammern Haltekraft verlieren, können sie meist in der Zahnarztpraxis nachgestellt werden.
  - ! Provisorische Kronen/Prothesen sind weniger dauerhaft als endgültige Versorgungen. Sie sollten schonend behandelt werden.
- Provisorische Kronen/Prothesen sind nur für begrenzte Zeit verwendbar. Sie müssen nach Ablauf von einigen Wochen/Monaten überprüft und bei Bedarf ausgebessert oder durch neue provisorische oder endgültige Versorgungen ersetzt werden.
- ! Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Folgen und Risiken der Unterlassung einer Behandlung

Sollten Sie jegliche provisorische oder alternative dauerhafte Versorgung ablehnen, ist folgender weiterer Krankheitsverlauf zu erwarten bzw. können sich folgende Risiken verwirklichen:

- ⊖ An schadhafte(n) Zähnen/Füllungen/Kronen kann Überempfindlichkeit entstehen. Bakterien können eindringen und zu Mundgeruch, Zahnfleischentzündung, weiteren Zahnschäden, Nervschädigung, Absterben des Nervs, Entzündungen an der Wurzelspitze, Abszessen und Zahnverlust führen.
- ⊖ Zähne/Kiefer können unzureichend abgestützt sein, Zahnwanderung/Kiefergelenkprobleme/-schäden auftreten.
- ⊖ Das Kauvermögen kann eingeschränkt sein, Ernährungs- und Verdauungsprobleme können entstehen.
- ⊖ Die Aussprache ist erschwert, kann undeutlich werden. Wangen und Lippen sinken ein, Sie wirken älter.
- ⊖ Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Kosten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die voraussichtlichen Kosten der vorgeschlagenen Behandlung entnehmen Sie bitte aus dem/der beigefügten

- Heil- und Kostenplan,
- Kostenvoranschlag,
- Mehrkostenvereinbarung.

Bitte legen Sie diese(n) Ihrer privaten und/oder gesetzlichen Krankenversicherung vor. Ihr Eigenanteil liegt bei zirka \_\_\_\_\_ €.

Ich weise darauf hin, dass durch unvorhersehbare Entwicklungen zusätzliche Kosten entstehen können.

- Für Sie entstehen bei dieser Behandlung keine Kosten.

# Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Langzeitprovisorische Kronen/Brücken; provisorische/Interimsprothesen“

## Vermerke der Zahnärztin/des Zahnarztes zum Aufklärungsgespräch

Erörtert wurden z. B.: Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, risikoe erhöhende Besonderheiten, eventuelle Neben- und Folgeeingriffe sowie: \_\_\_\_\_

Die vorgesehene Behandlung soll am (Datum) \_\_\_\_\_ beginnen.

## Bestätigung des Aufklärungsgesprächs/schriftliche Einwilligungserklärung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ein ausführliches Aufklärungsgespräch zwischen dem zahnärztlichen Behandler und mir fand am \_\_\_\_\_ statt. Im Vorfeld des Aufklärungsgesprächs wurde mir das Aufklärungs- und Dokumentationsformular zur Verfügung gestellt. Dieses habe ich gelesen und verstanden. Im Aufklärungsgespräch mit meiner Zahnärztin/meinem Zahnarzt konnte ich alle für mich wesentlichen Punkte, z. B. spezielle Risiken, mögliche Komplikationen, Therapiealternativen und Verhaltensmaßnahmen nochmals hinterfragen. Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt hat sie mir eingehend und umfassend beantwortet. Ich fühle mich gut über die Behandlung informiert. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung bis zum Beginn der Behandlung widerrufen kann.
- Das Gespräch dauerte \_\_\_\_ Minuten.

## Patienteneinwilligung

- Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt, ich benötige keine weitere Überlegungsfrist.
- Ich willige in die vorgeschlagene Behandlung ein. Mit der Schmerzbetäubung, über die ich gesondert aufgeklärt wurde, notwendigen Änderungen und Erweiterungen des Vorgehens sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung widerrufen kann.
- Ich habe eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.
- Ich möchte die mir angebotene Kopie der Einwilligung nicht entgegennehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in) / gesetzlicher Vertreter\*

\_\_\_\_\_  
Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin

\_\_\_\_\_  
ggf. anwesendes Praxispersonal

\* Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind ist grundsätzlich die Einwilligung beider Elternteile einzuholen. Unterzeichnet ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.  
Zutreffendes ist jeweils angekreuzt

# Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Langzeitprovisorische Kronen/Brücken; provisorische/Interimsprothesen“

## Aufklärungsverzicht

Hiermit verzichte ich ausdrücklich auf eine Aufklärung im Sinne des Patientenrechtegesetzes (§ 630e Abs. 3 BGB) und willige in die Durchführung der geplanten Behandlung ein.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in) / gesetzlicher Vertreter\*

\_\_\_\_\_  
Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin

\_\_\_\_\_  
ggf. anwesendes Praxispersonal

## Ablehnung der Behandlung/Nichteinwilligung

Ich willige in die vorgeschlagene Behandlung nicht ein. Über mögliche gesundheitliche Folgen wurde ich aufgeklärt.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in) / gesetzlicher Vertreter\*

\_\_\_\_\_  
Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin

\_\_\_\_\_  
ggf. anwesendes Praxispersonal

\* Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind ist grundsätzlich die Einwilligung beider Elternteile einzuholen. Unterzeichnet ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.  
Zutreffendes ist jeweils angekreuzt