

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Wurzelspitzenresektion“

Patientendaten

Praxis/Klinik/Institution

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- an dem Zahn/den Zähnen _____ ist eine Wurzelkanalbehandlung (→ [Formular Wurzelkanalbehandlung](#)) erforderlich. Auf Grund ihrer besonderen Form oder besonderer Umstände können Wurzelkanäle im Zahninneren voraussichtlich nicht vollständig bis zur Wurzelspitze gereinigt werden.
- Der Zahn/die Zähne _____ ist/sind bereits mit Wurzelfüllung(en) und/oder Stift(en) versorgt: Es bestehen jedoch noch/erneut Mängel der vorhandenen Versorgung und/oder Anzeichen einer Entzündung im Wurzelspitzenbereich.

Die betroffenen Zähne sollen durch zahnärztliche Maßnahmen erhalten werden. Dazu ist die Wurzelspitzenresektion (Entfernung der Wurzelspitze) geeignet.

Befund- und Darstellungsschema



Wie ist der Behandlungsablauf bei einer Wurzelspitzenresektion?

Die Behandlung gliedert sich in mehrere Abschnitte. Reihenfolge und Ausführung können im Einzelfall abweichen:

Die Wurzelspitzenresektion kann gleichzeitig mit einer Wurzelfüllung (→ [Formular Wurzelkanalbehandlung](#)) erfolgen oder später, im zeitlichen Abstand. Zur Behandlungsplanung sind Röntgenaufnahmen (→ [Formular Röntgenaufnahmen](#)) erforderlich. Die Behandlung kann durch eine vorher gesetzte Betäubungsspritze schmerzfrei ablaufen (→ [Formular Örtliche Betäubung](#)).

Die gemessene Länge des Zahnes wird auf das Zahnfleisch übertragen. In der Umgebung der Wurzelspitze wird die Kieferschleimhaut geöffnet und ein Stück weit vom Knochen abgelöst. Der Knochen, der die Wurzelspitze abdeckt, wird mit einer Knochenfräse entfernt. Nun ist die Wurzelspitze erkennbar. Sie wird glatt abgetrennt, entzündetes/weiches Gewebe in der Umgebung wird entfernt. Es bleibt eine Wundhöhle im Knochen zurück, die sich mit Blut füllt. Bei größeren Wundhöhlen kann zusätzlich natürliches oder künstliches Knochenersatzmaterial eingebracht werden.

In bestimmten Fällen wird die Wurzelkanalöffnung in der entstandenen Schnittfläche der Wurzel mit einer Füllung aus Kunststoffmaterial oder einem speziellen Zement abgedichtet. Das Ergebnis des Abtrennens der Wurzelspitze und durchgeführter Füllungen des Wurzelkanals wird mit einer Röntgenaufnahme überprüft. Das Zahnfleisch wird über der Wunde mit Nähten dicht verschlossen. Nach einer Woche bis zehn Tagen ist die Schleimhaut/das Zahnfleisch wieder verheilt, die Nähte werden entfernt.

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Wurzelspitzenresektion“

Mit einer weiteren Röntgenaufnahme wird nach einigen Monaten kontrolliert, ob der Körper neues Knochengewebe innerhalb der Knochenhöhle aufgebaut und sie damit verkleinert hat. Bis die Höhlung vollständig verschwunden ist, kann es – je nach Größe – ein Jahr oder länger dauern.

Welche Behandlungsalternativen stehen noch zur Verfügung?

Statt der vorgeschlagenen Wurzelspitzenresektion kommt alternativ immer auch die **Entfernung des Zahnes** in Betracht, in manchen Fällen auch eine besonders **aufwändige Wurzelkanalbehandlung**.

- Die **Entfernung eines Zahnes** ist schneller, einfacher und sicherer als eine Wurzelspitzenresektion. Aktuelle Entzündungen und mögliche Entzündungsursachen werden sicher beseitigt. Allerdings fehlt der Zahn dann für immer, der Knochen geht zurück. Benachbarte Zähne können kippen, gegenüberstehende herauswachsen, es entsteht oft Zahnersatzbedarf.
- Durch **besonders aufwändige Wurzelkanalbehandlungen** können unter Umständen auch in sehr schwierigen, bisher nicht erfolgreich behandelten Fällen die Wurzelkanäle vollständig gereinigt und gefüllt werden. Dies kann zum Beispiel die Behandlung unter einem speziellen Mikroskop, die Reinigung sich verzweigender Wurzelkanäle oder die Entfernung fest im Wurzelkanal sitzender Metallstifte/-instrumente/-bruchstücke aus früheren Behandlungen erforderlich machen. Damit können in vielen Fällen die volle Wurzellänge und die natürliche Wurzelspitze erhalten bleiben. Krankheitserreger lassen sich so im gesamten Zahninnenraum bekämpfen, eine Operation wird vermieden. Hierdurch entsteht jedoch oft höherer Zeit- und Kostenaufwand als für eine Wurzelspitzenresektion. Eine sichere Heilung kann dennoch nicht garantiert werden.
- In Ihrem Fall kommen folgende Behandlungsalternativen in Betracht: _____

Welche Nebenwirkungen und Komplikationen können auftreten?

Bei Wurzelspitzenresektionen bestehen wie bei allen (zahn-)medizinischen Behandlungen gewisse Risiken:

Häufig

- **leichte bis heftige Schmerzen** kurz nach der Operation für einige Stunden bis Tage
- **Spannungsgefühl** von Wange/Lippe im Operationsgebiet
- **Schwellung** der Wange und/oder Lippe nach der Operation für einige Stunden bis Tage
- leichte **Nachblutungen**
- **Speise- und Belaganheftung** an der Naht, **Störungsgefühl**
- **Bluterguss**, wechselnde, äußerlich sichtbare Färbung im Operationsgebiet für einige Tage nach dem Eingriff
- **vorübergehendes Taubheitsgefühl** im Bereich des aufgeschnittenen Zahnfleisches
- Sonstiges: _____

Manchmal

- **unvollständige Wirkung der Betäubung**, Schmerzen während der Behandlung
- **Schwellungen/Abszesse** kurz oder später nach Wurzelspitzenresektion
- teilweise Lösung/vollständiger **Verlust einzelner Nähte**, Verschlucken/Einatmen (sehr selten) möglich
- **Entzündungen der Wundränder**
- **Absterben von Zahnfleischanteilen**, die bei der Operation abgelöst und wieder angenäht wurden
- kleinere oder umfangreichere **Entzündungen des Knochens**
- **fehlende oder unvollständige Ausfüllung der Wundhöhle mit Knochen/bestehende Resthöhle**
- **Fortbestehen/erneutes Auftreten von Beschwerden/Schmerzen, Misserfolg**

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Wurzelspitzenresektion“

- Sonstiges: _____

Selten

- sehr **ausgedehnte und/oder langwierige Knochenentzündung**
- **dauerhafte und/oder ausgedehnte Taubheitsgefühle** im Operationsgebiet
- **allergische Reaktionen** auf verwendete Materialien
- Sonstiges: _____

In Ihrem Fall bestehen folgende besondere Risiken: _____

Wichtige Hinweise

Grundsätzlich sollten Sie sich bei auftretenden Beschwerden, Schmerzen, Schwierigkeiten oder Fragen umgehend von Ihrer Zahnarztpraxis (ansonsten durch den zahnärztlichen Notdienst) beraten lassen.

In der ersten Stunden/Tagen nach der Operation:

- ! einige Tage lang mäßige körperliche Aktivität/viel Ruhe/wenig Sport
- ! 1–2 Tage nicht rauchen; keinen Kaffee, schwarzen Tee oder Cola trinken; keine Milchprodukte zu sich nehmen.
- ! Vermeiden Sie, mit dem operierten Zahn harte Nahrung zu beißen. Krümeliges kann die Wunde reizen.
- ! Leichte Blutungen 10 Minuten lang mit einem sauberen Tuch abdrücken.
- ! Kühlen Sie mit einem feuchten kalten Tuch oder mit Eis in einem Stoffbeutel, nicht direkt auf der Haut. Legen Sie nach 10 Minuten Kühlen für 5 Minuten Kühlpause ein.
- ! Die Wunde nicht berühren. Zahn-, Zwischenraum- und Zungenpflege möglichst normal fortsetzen.
- ! Sonstiges: _____

Für die weitere Zukunft:

- ! Nur bei gründlicher, täglicher Pflege von Zähnen und Zahnzwischenräumen lassen sich Zahnfleischentzündungen und Karies an Zähnen weitgehend vermeiden.
- ! Zum langfristigen Erhalt der aufwändig erhaltenen Zähne sollten mindestens halbjährliche Termine zur Vorsorgeuntersuchung in der Zahnarztpraxis vereinbart werden.
- ! Zur Kontrolle des umgebenden Knochens sind in größeren Zeitabständen Röntgenaufnahmen sinnvoll.
- ! Ebenso wie naturgesunde Zähne eignen sich auch Zähne nach Wurzelspitzenresektion nicht für unnatürliche Aufgaben. Unterlassen Sie deshalb das Zerkauen von Knochen, Zerbeißen von Fäden, Abhebeln von Kronkorken mit den Zähnen und Ähnliches.
- ! Sonstiges: _____

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Wurzelspitzenresektion“

Folgen einer Unterlassung der Behandlung

Sollten Sie die vorgeschlagene Behandlung nicht vornehmen lassen und auch alle genannten Alternativen ablehnen, kann dies nachteilige Folgen für Sie haben:

- Undichte Zähne ohne lebendigen Nerv können starken Mundgeruch verursachen.
- Der Körper kann Bakterien im Zahninneren nicht bekämpfen. So kann der Zahn von innen verfaulen.
- Zähne mit unheilbar entzündetem oder abgestorbenem Nervgewebe und Zähne mit nicht ausreichenden Wurzelfüllungen sind im Inneren mit Krankheitserregern besiedelt. Sie stellen einen dauerhaften Entzündungsherd dar. So werden Knochenabbau an der Wurzelspitze sowie Entzündungen und Abbau des den Zahn umgebenden Halteapparates (Parodontitis) gefördert.
- An der Wurzelspitze/im Knochen können einmalige oder wiederkehrende eiternde Abszesse entstehen.
- Die an und in Zähnen vorkommenden Krankheitserreger können auch auf andere, lebenswichtige Körperorgane wirken und zum Beispiel Zuckerkrankheit, Herzerkrankungen und Fehlgeburten fördern.
- Sonstiges: _____

Kosten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Die voraussichtlichen Kosten der vorgeschlagenen Behandlung können der mir vorgelegten Kostenaufstellung entnommen werden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese einer gesetzlichen und/oder privaten Krankenversicherung als Erstattungs-gesuch vorlegen kann und dass ich dies möglichst vor Behandlungsbeginn tun sollte. Der Behandler hat keinen Einfluss auf mögliche Erstattungsbeträge.
Bei ungünstigem Verlauf können zusätzliche Kosten entstehen, über die ich jeweils informiert werde.
- Voraussichtlich kann ich mit einer Kostenübernahme durch die Versicherung rechnen.

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) _____ stattfinden.

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.

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Wurzelspitzenresektion“

Patienteneinwilligung

Der unterzeichnende Behandler hat mit mir heute das Aufklärungsgespräch geführt.

Ich hatte ausreichend Zeit, alle mich interessierenden Fragen zu stellen und habe alle Antworten zu meiner Zufriedenheit erhalten.

Ich habe die mündlichen und die vorliegenden schriftlichen Erklärungen verstanden und willige in den empfohlenen Eingriff ein.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung widerrufen kann.

Sollte es aufgrund eines unvorhergesehenen Befundes nach ärztlichem Ermessen notwendig erscheinen, kann über den vorgeschlagenen Umfang des Eingriffes in dem Fall hinaus gegangen werden, in dem die weiterführende Aufklärung während des Eingriffes nicht möglich ist und die Unterbrechung oder Verschiebung des Eingriffes meine Gesundheit gefährden würde.

- Ich habe eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.
- Ich möchte die mir angebotene Kopie der Einwilligung nicht entgegennehmen.

Ort/Datum

Patient(in) / gesetzlicher Vertreter*

Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin

ggf. anwesendes Praxispersonal

Zusatzvereinbarung

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass gegebenenfalls zusätzliche operative Eingriffe (z.B. Zystenentfernung und eine damit verbundene Gewebeuntersuchung) erforderlich werden können und gebe auch hierzu meine Einwilligung.

Ort/Datum

Patient(in) / gesetzlicher Vertreter*

Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin

ggf. anwesendes Praxispersonal

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

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 „Wurzelspitzenresektion“

Ablehnung der Behandlung/Nichteinwilligung

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

Ort/Datum

Patient(in) / gesetzlicher Vertreter*

Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin

ggf. anwesendes Praxispersonal