

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Entfernung von Weisheitszähnen“

Patientendaten

Praxis/Klinik/Institution

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

wir raten Ihnen zur operativen Entfernung des verlagerten Weisheitszahnes

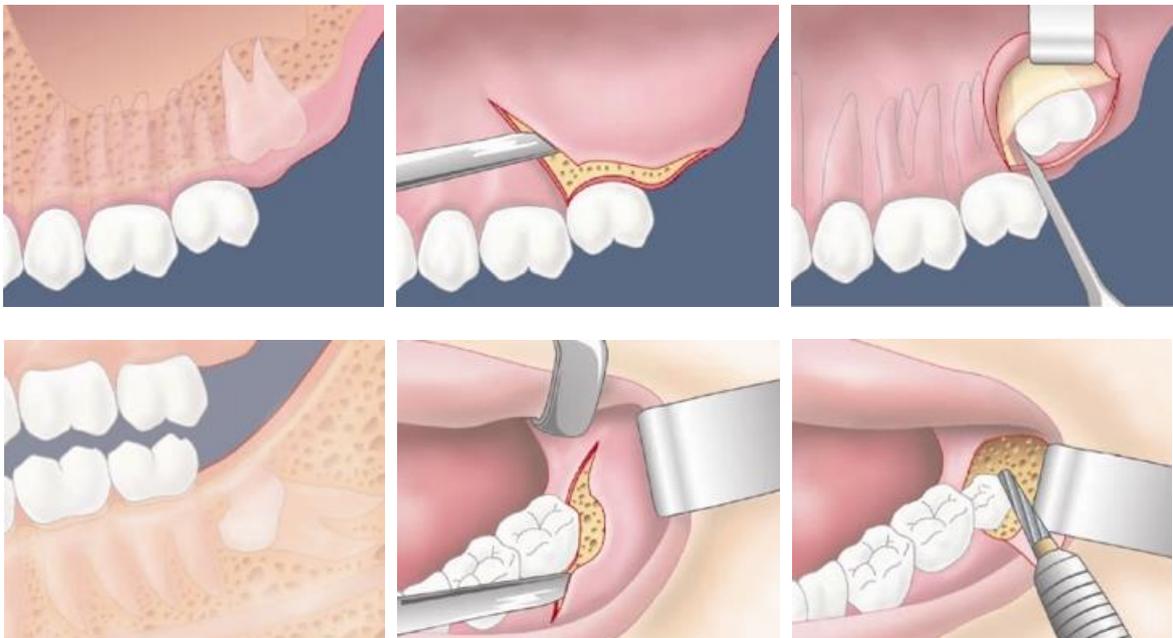
OK→ 18 rechts 28 links

UK→ 48 rechts 38 links

Die Untersuchung

Die Untersuchung erfolgt durch eine **klinische Inspektion** und eine **Panoramaröntgenschnittaufnahme**. Bei Verdacht auf Nerven- oder Kieferhöhlenbeteiligung bzw. spezielle diagnostische Fragestellungen kann eine **dreidimensionale Aufnahme** nötig werden. Bei bestimmten Fragestellungen können auch kieferorthopädische oder funktionsanalytische Untersuchungsmethoden für die Entscheidung mit herangezogen werden.

Befund- und Darstellungsschema



Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Entfernung von Weisheitszähnen“

Begründung für die Entfernung

- 18 28 Der Weisheitszahn hat nicht genügend Platz, um normal
 48 38 durchzubrechen und sich in die Zahnreihe einzuordnen.
- 18 28 Das Gewebe um den Weisheitszahn hat sich entzündet
 48 38 und kann erst nach Zahnentfernung ausheilen.
- 18 28 Um die Zahnkrone hat sich eine Zyste gebildet.
 48 38
- 18 28 Durch den Druck des durchbrechenden Weisheitszahnes wird die
 48 38 Zahnreihe verschoben. Es droht ein erneuter Engstand.
- 18 28 Der Weisheitszahn kann Karies am davor stehenden Zahn verursachen.
 48 38
- 18 28 Sonstiges: _____
- 48 38 Sonstiges: _____

Wie ist der Behandlungsablauf bei einer Entfernung von Weisheitszähnen?

In Ausnahmefällen kann die Operation auch von einer/einem anderen Zahnärztin/Zahnarzt bzw. Ärztin/Arzt der Praxis/Klinik durchgeführt werden.

- Ihre spezielle Situation haben wir Ihnen anhand Ihres Röntgenbildes erläutert.
- Die zu entfernenden Zähne haben wir in der Skizze des Röntgenbildes eingezeichnet.
- Besonderheiten: _____

Die Operation wird durchgeführt:

- in örtlicher Betäubung (→ [Formular Örtliche Betäubung](#))
- in Vollnarkose (→ [Formular Behandlung in Narkose](#))
- in örtlicher Betäubung mit Analgosedierung (Dämmerschlaf)

Dabei wird die den Weisheitszahn bedeckende Schleimhaut eröffnet und vom Knochen gelöst. Wenn nötig, wird auch etwas Knochen mit einer kleinen chirurgischen Fräse entfernt. Dann wird der Zahn je nach Situation im Ganzen oder nach Durchtrennung entnommen. Die Wunde wird meist vernäht. Bisweilen wird in die Wunde eine Tamponade eingelegt, um den Wundsekretabfluss zu ermöglichen. Diese Tamponade wird nach etwa drei Tagen entfernt.

Nach der Operation kommt es in aller Regel zu Schwellungen der Wange, eingeschränkter Mundöffnung und Schluckbeschwerden, verbunden mit mäßiger Temperaturerhöhung, Schmerzen und allgemeinem Krankheitsgefühl. Diese Reaktionen sind durchaus normal und verschwinden nach 3 bis 5 Tagen. Die Fäden werden nach 7 bis 10 Tagen entfernt. In Ausnahmefällen kann die Operation auch von einem anderen Arzt der Gemeinschaftspraxis durchgeführt werden.

Die im Folgenden besprochenen Komplikationen sind schicksalhaft eintretende Ereignisse, die nicht von der fachlichen Kompetenz des Operateurs abhängen.

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Entfernung von Weisheitszähnen“

Welche Nebenwirkungen und Komplikationen können auftreten?

Die operative Weisheitszahnentfernung ist in aller Regel ein komplikationsarmer Eingriff. Wie bei allen operativen Eingriffen können **Nachblutungen, große Schwellungen und Entzündungen** auftreten, die dann entsprechend behandelt werden müssen.

Mögliche Komplikationen bei der Weisheitszahnentfernung im Unterkiefer:

- Im Unterkiefer reichen die Wurzeln des Weisheitszahnes oft bis an den Unterkiefer-Nervenkanal, manchmal umgreifen sie ihn sogar. Mechanische Verletzungen der Nerven sind hier nicht sicher zu vermeiden, auch kann es zu Entzündungen und Vernarbungen der Nerven in ihrem Bett kommen. Hier tritt dann ein vorübergehendes, sehr selten andauerndes Taubheitsgefühl der betroffenen Unterlippenseite auf, jedoch ohne Bewegungsstörung. Dieses Risiko liegt bei weniger als einem Prozent.
- Selten wird der an der Innenseite des Unterkiefers verlaufende Zungennerv durch die Betäubungsspritze, die Operation oder Entzündungen und Vernarbungen in Mitleidenschaft gezogen. Sollte dies dennoch geschehen, kommt es zu vorübergehenden, noch seltener zu andauernden Taubheitsgefühlen und Geschmackstörungen der betroffenen Zungenhälfte. Dieses Risiko liegt unter einem Prozent.
- Unter extrem ungünstigen Bedingungen kann der Unterkiefer brechen. Diese Komplikation ist aber in aller Regel problemlos zu behandeln. Dieses Risiko liegt bei etwa 0,1 %.
- Sehr selten kann es bei ungünstig liegenden Weisheitszähnen zu Beschädigungen der davor liegenden Zähne kommen.
- Das Risiko der Knochenmarkentzündung ist außerordentlich gering, sollte aber nicht unerwähnt bleiben.

Mögliche Komplikationen bei der Weisheitszahnentfernung im Oberkiefer:

- Im Oberkiefer ragen die Wurzeln der Weisheitszähne manchmal bis in die Kieferhöhle und sind nur durch eine sehr dünne Knochenschicht abgegrenzt. Bisweilen kommt es daher zur Eröffnung der Kieferhöhle, die dann durch Naht wieder verschlossen wird.
- Selten kommt es danach zur Entzündung der Kieferhöhle, die aber in aller Regel unter entsprechender Behandlung problemlos abheilt.
- In Ihrem Fall bestehen folgende besondere Risiken: _____

Wichtige Hinweise

Vor der Operation

- ! Informieren Sie uns bitte gewissenhaft über besondere Erkrankungen. Wenn Sie Medikamente zur Blutverdünnung oder andere nehmen, fragen Sie Ihren Hausarzt, wann die OP erfolgen soll und ob Sie davor Antibiotika einnehmen müssen.
- ! Sollten Sie sich für eine Narkose oder Analgosedierung entschieden haben, so beachten Sie bitte die besonderen Verhaltensregeln.
- ! **Rauchen Sie bitte nicht!**
- ! Sonstiges: _____

Nach der Operation

- ! Nehmen **Sie nicht aktiv am Straßenverkehr teil**: Ihr Reaktionsvermögen könnte vorübergehend beeinträchtigt sein.

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Entfernung von Weisheitszähnen“

- ! Während der Wundheilungsphase: **Rauchen Sie bitte nicht, trinken Sie keinen Alkohol und keinen Kaffee**, um Wundheilungsstörungen und Beschwerden zu vermeiden.
- ! Es kann vorübergehend zu einer **Schwellung und Wundschmerzen** kommen und die **Mundöffnung** kann eingeschränkt sein.
- ! Bei **Nachblutungen** beißen Sie bitte 30 Minuten auf ein sauberes Stofftaschentuch. Wenn die Nachblutungen jedoch nicht nachlassen, bitten wir Sie, Ihren Zahnarzt aufzusuchen.
- ! In manchen Fällen sind **Schmerzmittel** und **Antibiotika** erforderlich.
- ! Sonstiges: _____

- Behandlungsalternativen** gibt es hier nicht. Abwartendes Verhalten kann zu „Folgen und Risiken einer Unterlassung der Behandlung“ führen.

Folgen und Risiken einer Unterlassung der Behandlung

Sollten Sie die vorgeschlagene Behandlung nicht vornehmen lassen, kann dies nachteilige Folgen für Sie haben:

- Die Entzündung des Weisheitszahnes kann erst nach Entfernung des Zahnes ausheilen. Bei Unterlassung der Entfernung kann es zu weiteren Entzündungen und Abszessbildungen kommen.
- Ohne Weisheitszahnentfernung ist die Rückwärtsbewegung der Backenzähne zur Regulierung oft nicht möglich.
- Die Unterlassung der Weisheitszahnentfernung kann zur Verschlechterung des kieferorthopädischen Behandlungsergebnisses führen.
- Sonstiges:

Vermerke der Zahnärztin/des Zahnarztes zum Aufklärungsgespräch

Erörtert wurden z. B.: Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, risikoerhöhende 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 „Entfernung von Weisheitszähnen“

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

Unterschrift 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

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 „Entfernung von Weisheitszähnen“

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.

Zusätzlicher Eingriff:

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.