

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Plastische Deckung/MAV“

Patientendaten

Praxis/Klinik/Institution

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

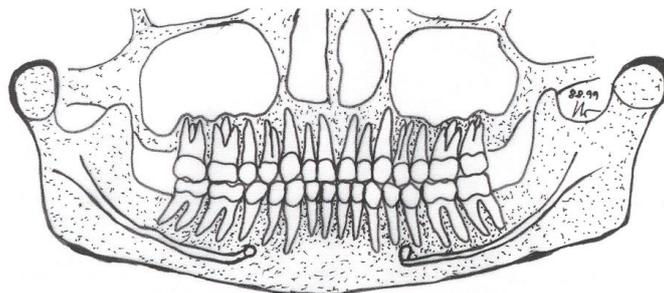
eine **Mund-Antrum-Verbindung** (offener Zugang der Mund- zur Kieferhöhle) entsteht beim Herausziehen (Extraktion) eines Seitenzahnes im Oberkiefer. Die Zahnwurzeln ragen in die Kieferhöhle und sind nur von einer sehr dünnen Knochenschicht bedeckt. Diese Schicht kann sich bei der Extraktion ablösen, es kommt zur Eröffnung der Kieferhöhle durch das Zahnfach. Dies wird bei der Extraktion jeweils geprüft.

- Bei Ihnen liegt eine Mund-Antrum-Verbindung in der Region _____ vor. Diese Verbindung ist im Verlaufe einer früheren Zahnextraktion entstanden. Bei völliger Entzündungsfreiheit der Kieferhöhle (leider selten) kann eine plastische Deckung durchgeführt werden. Bei Vorliegen einer Entzündung der Kieferhöhle muss erst die Sanierung der Kieferhöhle erfolgen, die Deckung der Fistel ist sonst nicht aussichtsreich.
- Bei Ihnen ist es bei der Entfernung eines Zahnes im Oberkiefer zu einer Verbindung von der Mundhöhle zur Kieferhöhle gekommen. Diese Verbindung muss innerhalb schnellstmöglich durch ein trapezförmiges Schleimhautlappchen aus Zahnfleisch und Wange plastisch gedeckt werden.
- In einigen Fällen ist es sinnvoll, nach der Operation eine Verbandplatte einzusetzen, damit die Wunde nicht unter der Funktion belastet werden kann.

Wie wird untersucht?

Die Untersuchung erfolgt durch eine **klinische Inspektion** und eine **Panoramarröntgensichtaufnahme** oder eine **3D-Aufnahme**. Letztere erlaubt die Beteiligung der Kieferhöhle zu beurteilen.

Befund- und Darstellungsschema



Wie ist der Behandlungsablauf bei einer plastischen Deckung?

- Ihre spezielle Situation haben wir Ihnen anhand Ihres Röntgenbilds erläutert.
- Die entfernten 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)

Welche Nebenwirkungen und Komplikationen können auftreten?

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

- Die plastische Deckung der eröffneten Kieferhöhle 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.
- Eine wesentliche Komplikation ist die weiterhin bleibende Verbindung zur Kieferhöhle. Diese muss dann meist stationär mit einer Operation der Kieferhöhle behandelt werden.
- 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, werden wir uns mit Ihrem Hausarzt in Verbindung setzen. Eventuell sollten Sie Antibiotika einnehmen.
- ! **Rauchen Sie bitte nicht!** Rauchen schadet der frisch operierten Mund-Antrum-Fistel, da der Rauch beim Ziehen auch in die Kieferhöhle eingesaugt wird und die Wundheilung stört!
- ! Sonstiges: _____

Nach der Operation

- ! Nehmen **Sie nicht aktiv am Straßenverkehr teil**: Ihr Reaktionsvermögen könnte vorübergehend beeinträchtigt sein.
- ! 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. Melden Sie sich bitte, wenn die Nachblutung nicht steht.
- ! In manchen Fällen sind **Schmerzmittel** und **Antibiotika** erforderlich.

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Plastische Deckung/MAV“

! Vermeiden Sie zwingend starke Luftdruckschwankungen zwischen Mund und Nase, wie sie z. B. beim Schneuzen, Nießen oder Blasen auftreten.

! Sonstiges: _____

Folgen und Risiken einer Unterlassung der Behandlung

Sollten Sie die vorgeschlagene Behandlung nicht vornehmen lassen, kann dies nachteilige Folgen für Sie haben: Die Mund-Antrum-Fistel führt immer zur Besiedelung der Kieferhöhle mit Mundhöhlenbakterien. Daraus ergibt sich in der Regel eine eitrige Kieferhöhlenentzündung. Eine derartige Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist nicht akzeptabel.

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.

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.

In Ausnahmefällen kann der Eingriff von einem anderen Arzt/Ärztin der Praxis durchgeführt werden (ggf. streichen).

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

* 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 „Plastische Deckung/MAV“

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