

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Kombiniert festsitzend-herausnehmbarer Zahnersatz“

Patientendaten

Praxis/Klinik/Institution

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

als Zahnersatz für einige fehlende Zähne ist eine Versorgung mit **kombiniert festsitzend-herausnehmbarem Zahnersatz** geeignet. Kombiniert festsitzend-herausnehmbarer Zahnersatz besteht aus festsitzenden **Kronen** auf vorhandenen Zähnen und einer herausnehmbaren **Prothese** zum Ersatz von fehlenden Zähnen.

Befund- und Darstellungsschema



Wie ist der Behandlungsablauf bei der Versorgung mit kombiniert festsitzend-herausnehmbarem Zahnersatz?

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

Zur Behandlungsplanung sind Röntgenaufnahmen erforderlich. Die Lebendigkeit der Zähne, die eine Krone tragen sollen, wird überprüft. Das Ausbohren und Beschleifen der Zähne kann durch eine vorher gesetzte Betäubungsspritze schmerzfrei ablaufen (→ [Formular Örtliche Betäubung](#)). 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.

Die passende Zahnfarbe wird ausgesucht. Der Zahnfleischrand wird ein wenig vom Zahn weggedrängt, ein winziger Spalt entsteht, es blutet nicht mehr. Von beiden Kiefern werden genaue Abformungen mit weichen Massen genommen und später im Labor 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, präzise Kronen werden angefertigt. Damit keine „Stümpfe“ oder „Löcher“ zu sehen sind und man vorsichtig essen kann, werden die Zahnstümpfe mit vorläufig einzementierten Übergangs-Kunststoff-Kronen abgedeckt (wie mit einem Verband). Beim nächsten Termin werden sie entfernt, die neuen Kronen anprobiert.

Von den Kronen, den übrigen Zähnen und dem Kiefer wird ein neuer Abdruck genommen. Nun kann im Labor die Metall-Grundplatte der Prothese mit Sattel-Auflageflächen und Verbindungsbügel gegossen werden. Die Verbindungselemente werden angegossen, -gelötet, -geschweißt oder -geklebt. Zu Kiefergröße und Gesichtsförmigkeit passende Prothesenzähne, meist aus stabilem Kunststoff, werden vorläufig in Wachs aufgestellt. Aussehen, Zusammenbiss, Sprach- und Kaumöglichkeiten werden

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Kombiniert feststehend-herausnehmbarer Zahnersatz“

möglichst wiederhergestellt. Bei entspanntem Lippenschluss sollten die Zähne bei Anprobe der Prothese ein bis zwei Millimeter Abstand haben.

Die Zahnreihen sollten beim Zusammenbiss gleichmäßig/nicht störend auftreffen, beim Sprechen nicht klappern. Im Spiegel soll die Prothese freundlich/natürlich wirken. Die Mitte von Lippen, Gesicht und Prothese stimmt überein.

Die Zahnreihe hat in Ruhe, beim Sprechen, Lächeln und Lachen die richtige Länge, rechte und linke Seite harmonisieren. Kleine Abweichungen lassen die Prothese oft lebensechter wirken als zu „ordentliche“ Zahnreihen. Die später festen Kronen schließen spaltfrei mit dem Zahnrand ab. Die Zwischenräume miteinander verbundener Kronen sind für Zwischenraumbürstchen durchgängig. Künstliche und eigene Zähne passen farblich zueinander. Kleine Änderungen werden oft sofort, größere bis zu einem neuen Termin umgesetzt. Sind alle zufrieden, wird die Prothese fertig gestellt. Die Zähne sind jetzt durch rosa Kunststoff fest mit der Metallbasis verbunden, die Prothese ist außen poliert, zum Kiefer hin matt. Beim Einsetzen sollte sie nicht drücken, bei Kaubewegungen ruhig liegen. Verbindungselemente brauchen meist einige Tage zum „Einspielen“. Oft sind weitere Anpassungen in der Folgezeit nötig.

Welche Behandlungsalternativen stehen grundsätzlich zur Verfügung?

Alternativ zum vorgeschlagenen kombiniert feststehend-herausnehmbaren Zahnersatzes kommen – mit **Vor- und Nachteilen** behaftet – auch andere Versorgungsformen in Betracht:

- Implantate** sind fest im Kieferknochen verankert. Sie können herausnehmbaren, aber auch rein feststehenden Zahnersatz tragen. Bei ausreichender Implantatzahl bleiben eigene Zähne unberührt. Der langfristige Kieferabbau verläuft langsamer. Implantate sind jedoch aufwändiger. Sie erfordern eine Operation und müssen vor voller Belastung Wochen/Monate einheilen. Zu ihrem Erhalt ist dauerhaft perfekte Mundpflege nötig. Implantatverlust durch Knochenabbau oder Entzündung ist möglich.
- Bei herausnehmbaren **Gussklammerprothesen** bleiben gesunde eigene Zähne weitgehend unberührt, stark geschädigte Zähne können/müssen aber überkront werden. Die Klammerverankerungen sind deutlich sichtbar und spürbar.
- Rein feststehende Brücken** sind nur möglich, wenn nicht zu viele Zähne fehlen, die entstandenen Lücken nicht zu lang sind. Fehlen die hintersten zwei oder mehr Zähne in einem Zahnbogen, kann mit einer Brücke davon nur der vorderste ersetzt werden. Auch für Brücken müssen benachbarte Zähne der Lücken beschliffen und mit Pfeilerkronen versorgt werden.
- In Ihrem Fall kommen folgende Behandlungsalternativen in Betracht: _____

Welche Nebenwirkungen und Komplikationen können auftreten?

Bei kombiniertem Zahnersatz 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 **Zahnfleischentzündung/Blutung**
- **Überempfindlichkeit** der Zähne gegen heiße, kalte, saure, süße Reize oder Berührung
- Beschwerden oder **Schmerzen beim Aufbeißen** und/oder Kauen
- **Druckstellen** an Prothesenrand/Prothesenfläche kurz nach Anfertigung oder später
- häufigeres **Beißen** auf Zunge oder Wange
- anfängliches **Fremdkörpergefühl**
- **Geschmacks-/Geruchsempfindung** verändert
- vermehrter oder verminderter **Speichelfluss**

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Kombiniert feststehend-herausnehmbarer Zahnersatz“

- spürbare, geringe **Beweglichkeit** der Prothese beim Kauen
- langfristiger Rückgang des **Kieferknochens**/schlechtere Passung, mehr Beläge/Speisereste unter Prothese
- **Verkürzung** der Prothesenzähne durch Abnutzung, **Absenkung** der Bisshöhe
- **Abstumpfen** der Prothesenzähne durch Abnutzung, Zertrennen, Zerkauen erschwert
- **Lockerung** von Verbindungselementen/der Prothese
- Sonstiges: _____

Manchmal

- Verfärbung, Abnutzung, Zerbrechen oder **Herausfallen** der provisorischen Kronen
- **Herausfallen**, Verschlucken oder Einatmen (extrem selten) der provisorisch befestigten endgültigen Brücke
- **Absterben** des lebendigen **Nervs** eines Kronenzahns. Notwendige **Wurzelbehandlung** oder **Entfernung**
- **Zahnfleischrückgang** und **Sichtbarwerden** von Kronenrändern
- **Absplitterung** kleinerer oder größerer Anteile keramischer Verblendungen/Kronen
- **Verfärbung** der Prothesenzähne/der Zwischenräume/des Prothesenkunststoffes im Laufe der Jahre
- **Entfärbung** des zahnfleischfarbenen Prothesenkunststoffes durch Reinigungstabletten nach Jahren
- **Zahnsteinbildung** an der Prothese, insbesondere bei nicht ausreichender Prothesenpflege
- **Karies** an den Kronenzähnen, insbesondere bei nicht ausreichender Zahn- und Zwischenraumpflege
- **Lösung** einer fest eingesetzten Krone, neues Einkleben/Zementieren wird erforderlich
- Auftreten von **Rissen, Sprüngen, Brüchen** der Prothese, **Absplittern/Herausbrechen** von Prothesenzähnen
- **Rötung** der unter der Prothese liegenden Mundschleimhaut (Prothesenstomatitis)
- gutartige **Wucherungen** der Mundschleimhaut am Prothesenrand
- Sonstiges: _____

Selten

- **Abbrechen/Lösung** von Krone/Verbindungselement. Sie können verschluckt, sehr selten eingeatmet werden.
- **Verfärbungen** von Zahnfleisch oder Zahn am Pfeilerkronenrand
- **Verletzungen** an Zunge, Zahnfleisch oder Lippe/Wange durch Bruchkanten
- **allergische Reaktionen** auf verwendete Materialien
- **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: _____

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Kombiniert feststehend-herausnehmbarer Zahnersatz“

Wichtige Hinweise

- ! Informieren Sie uns umfassend über bestehende Erkrankungen und Allergien. Folgende Grunderkrankungen bzw. Allergien sind bekannt: _____
- ! 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.
- ! Zur Kontrolle von Prothese/Mundgesundheit mindestens halbjährliche Termine zur Untersuchung vereinbaren.
- ! Prothese gleichmäßig rechts und links einsetzen/herausnehmen. Nicht verkanten!
- ! Nach dem Einsetzen zunächst korrekten Sitz mit Fingern/Zunge überprüfen. Erst danach zubeißen!
- ! Falls Sie die Prothese nicht tragen: Zum Schutz vor Verbiegen unbedingt in einer starren Dose aufbewahren!
- ! Bei längerem Auslassen können Zähne wandern. Im unglücklichsten Fall passt die Prothese dann nicht mehr!
- ! Prothesen verlieren durch natürlichen Knochenabbau langfristig an Passform. Der entstehende Spalt zum Kiefer sollte durch Unterfüttern mit Kunststoff aufgefüllt werden, um Kippen/Schaukeln und Brüche zu vermeiden.
- ! Wenn Verbindungselemente Haltekraft verlieren, können sie meist in der Zahnarztpraxis nachgestellt werden.
- ! Kronen/Prothesen eignen sich, wie naturgesunde Zähne, nicht für unnatürliche Aufgaben wie das Kauen von Knochen, Zerbeißen von Fäden, Abhebeln von Kronkorken und Ähnliches.
- ! Bei Herausfallen von provisorischen/endgültigen Kronen/Brücken setzen Sie diese nicht wieder in den Mund! Bewahren Sie sie gut auf und wenden Sie sich umgehend an Ihre Zahnarztpraxis!
- ! Sonstiges: _____

Folgen der Unterlassung einer Behandlung

Sollten Sie jeglichen Zahnersatz ablehnen, können daraus nachteilige Folgen für Sie entstehen:

- ⊖ An schadhafte 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.
- ⊖ 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 _____ €.

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Kombiniert feststehend-herausnehmbarer Zahnersatz“

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

Für Sie entstehen bei dieser Behandlung keine Kosten.

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 „Kombiniert festsitzend-herausnehmbarer Zahnersatz“

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