

Patientendaten

Universitätsklinikum Tübingen

## Poliklinik für Zahnerhaltung

Osianderstrasse 2-8  
72076 Tübingen

### Befund/Diagnose:

Geplante Therapie: Wurzelkanalbehandlung an \_\_\_\_\_

### Behandlungsalternativen

- Entfernung des jeweiligen Zahnes       Wurzelspitzenresektion/-amputation  
 sonstige: \_\_\_\_\_       keine

### Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen der geplanten Behandlung

Schmerz/Schwellung/Abszess ■ nicht (ganz) erfasste Kanäle ■ nicht alle Wurzelkanäle auffindbar ■ Betäubung unvollständig ■ Instrumentenbruch (Hinweis: ggf. nickelhaltige Feilen!) ■ Allergie (z. B. Nickel, Latex) ■ Zahnverfärbung/Schaden/Zerstörung ■ Misserfolg ■ Nervschädigung ■ Zahnverlust ■ Überpressen von Wurzelfüllmaterialien und Spüllösungen ■ Beteiligung Kieferhöhle ■ Verschlucken oder Einatmen von Instrumenten/Fremdkörpern/Spüllösungen ■ Zahnlockerung ■ Perforation der Wurzel (via falsa) ■ Hämatom ■ Zahnfraktur ■ Beschädigung vorhandener Verblendungen/Restaurationen

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

### Verlauf, Verhalten des Patienten vor, während und nach der Behandlung, Nachsorge

Beschwerden, Schmerzen, Aufbissempfindlichkeit ■ Belastung/Gebrauch eingeschränkt ■ Lösung/Abbrechen/Undichtigkeit von vorläufiger/endgültiger Füllung/Krone, Zahnteilen, Röntgenkontrollen ■ Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung

sonstige Hinweise: \_\_\_\_\_

### Unterlassung der Behandlung/möglicher Alternativen – mögliche nachteilige Folgen

Belassen von infiziertem Nervengewebe ■ höhere Misserfolgsquote ■ Karies ■ Mundgeruch ■ Entzündung/Abbau Kiefer/Zahnfleisch ■ Risiko Herz/Fötus ■ Zahnverlust

sonstige mögliche nachteilige Folgen im vorliegenden vorliegenden Fall: \_\_\_\_\_

**Kosten** gemäß Privatkostenvereinbarung (liegt mir vor).

**Unvorhersehbare Entwicklungen können zusätzliche Kosten zur Folge haben.**

### Bestätigung der Aufklärung

Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt hat alle Punkte ausführlich mit mir besprochen. Ich habe alles verstanden und keine Fragen mehr. Ich habe meine Entscheidung gründlich bedacht und brauche keine weitere Überlegungsfrist.

Aufklärung über Lokalanästhesie ist erfolgt (→ Formular „Zahnärztliche Behandlung“)..

### Patienteneinwilligung

- Ich willige in die vorgeschlagene(n) Behandlung(en) ein. Dies gilt auch für eine eventuelle Betäubung, über die ich gesondert aufgeklärt wurde, sowie für notwendige Änderungen/Erweiterungen/Neben-/Folgeeingriffe. Ich kann die Einwilligung bis zum Behandlungsbeginn widerrufen.
- Ich willige in die vorgeschlagene(n) Maßnahme(n)/Behandlung(en) **nicht** ein und bestätige hiermit, dass ich über die möglichen Folgen des Unterlassens der Maßnahme aufgeklärt wurde.
- Ich habe eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.
- Ich möchte die mir angebotene Kopie der Einwilligung **nicht** entgegennehmen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Assistenz

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient/gesetzlicher  
Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter\*

\* Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt 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.