



Patient: Name, Vorname: \_\_\_\_\_

**Aufklärungsblatt  
zur operativen Entfernung der Zähne:.....**

Liebe Patientin, lieber Patient,

es wurde festgestellt, dass bei Ihnen die o. g. Zähne entfernt werden müssen. Die Gründe sind vielfältig, wie zum Beispiel Platzmangel im Kiefer, Entzündungen von Zahnfleisch und Knochen, Zerstörung durch Karies, Gefahr der Beschädigung angrenzender Zähne, Verschieben von Nachbarzähnen, Zystenbildung mit Gefahr des Unterkieferbruches oder Herd bzw. Fokus einer Allgemeinerkrankung.

**Wie?** In örtlicher Betäubung wird/ werden der Zahn/ die Zähne aufgesucht und entfernt. Bei verlagerten Zähnen wird die Schleimhaut eröffnet. Nach der Zahnentfernung wird die Wunde mit Nähten verschlossen, die nach ca. 1 Woche entfernt werden.

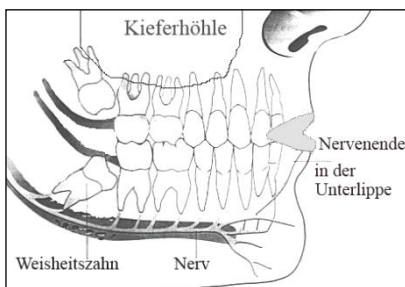
**Welche möglichen Komplikationen können auftreten?**

Nach jeder Operation kann es zu Schwellung, Schmerzen, Nachblutung, Wundheilungsstörung, Entzündung kommen. Lesen Sie bitte die Empfehlungen für das Verhalten nach der Operation.

**Sehr selten kann es darüber hinaus auch zu folgenden Komplikationen kommen:**

- ▶ Beschädigung des Nachbarzahnes oder deren Füllungen oder Kronen
- ▶ Beschädigung des Unterkiefernerven und Zungennerven mit dadurch bedingter vorübergehender oder selten dauerhafter Taubheit/Missempfinden im OP-Gebiet, an Unterlippe und Zunge sowie Geschmacksstörung oder -ausfall an der Zunge der OP-Seite  
Dies kann auch Folge der örtlichen Betäubung sein, wenn der Nerv beim Spritzen punktiert wird.
- ▶ Nasenbluten nach Eröffnung der Kieferhöhle, evtl. Kieferhöhlenentzündung
- ▶ Bruch des Unterkiefers, evtl. auch Wochen nach der OP als Ermüdungsfraktur
- ▶ Verletzung von Zahnfleisch, Zunge, Wange oder Lippe durch Instrumente oder Abhaltehaken
- ▶ Verschlucken oder Einatmen von Instrumenten/Zahnteilen während der OP

▶ .....  
Um Risiken zu vermeiden, geben Sie bitte vor der Operation alle Erkrankungen, Allergien und Ihre Medikamente an! Bitte beachten Sie die Empfehlungen für das Verhalten nach der Operation, insbesondere das Rauchverbot für 7-10 Tage. Sie sollten kühlen und das Wundgebiet schonen.



**Einverständniserklärung:**

Der operative Eingriff wurde mir verständlich erklärt, ich konnte alle meine Fragen zur Operation stellen, habe keine weiteren Fragen zur Zahnentfernung und willige hiermit in den vorgeschlagenen Eingriff ein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patienten

\_\_\_\_\_  
Behandler/ Operateur