

# Patientenaufklärung

für die Zahnbehandlung ihres Kindes benötigen wir eine **Behandlungseinwilligung**.

Zahnärztliche Behandlungen sind risikoarme Routineverfahren. Nichtsdestotrotz können folgende Störungen auftreten:

- Verletzung an Schleimhaut, Zunge, Knochengewebe
- Unverträglichkeitsreaktionen/allergische Reaktionen auf Füllungsmaterialien, konvektionierte Kinderkronen, Anästhetika, Latex, Desinfektionsmittel
- Schwellung, Blutung, Bluterguss, Nachblutung, Schädigung des Nachbarzahnes, Schädigung des nachfolgenden Zahnes, Taubheitsgefühl, Infektionen, Lähmungen
- Verschlucken von Kleinteilen

Nach Durchlesen des Merkblattes und Beantwortung aufgetretener Fragen im Aufklärungsgespräch mit Ihrem Zahnarzt/Ihrer Zahnärztin werden Sie gebeten, zur vorgeschlagenen Behandlung Ihres Kindes Ihr Einverständnis zu geben.

**Falls während der Zahnsanierung unter Vollnarkose Zähne aufgrund des fortgeschrittenen schlechten Zustandes nicht erhalten werden können, bin ich damit einverstanden, dass eine Entfernung der betroffenen Zähne durchgeführt wird.**

**Sollte sich herausstellen, dass eine erneute Behandlung unter Vollnarkose notwendig ist, da sich ein oder mehrere Zähne nach einem Erhaltungsversuch entzündeten, gebe ich hierzu ebenfalls meine Zustimmung.**

**Ich bin über den Ablauf des Eingriffs informiert worden und verstehe den Vorgang. Alle alternativen Therapiemaßnahmen sind mir erklärt worden. Über das zu empfehlende Verhalten nach einem chirurgischen Eingriff und die erforderliche Nachbehandlung sowie ggf. Nachuntersuchung wurde ich informiert.**

**Ich willige in die Behandlung meines Kindes ein und habe keine weiteren Fragen.**

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern

