

Einverständniserklärung für die Durchführung einer Leitungsanästhesie

Ich bestätige hiermit, dass ich von Herrn

Zahnarzt Holländer, Dr. Orth, Dr. Schönmuth

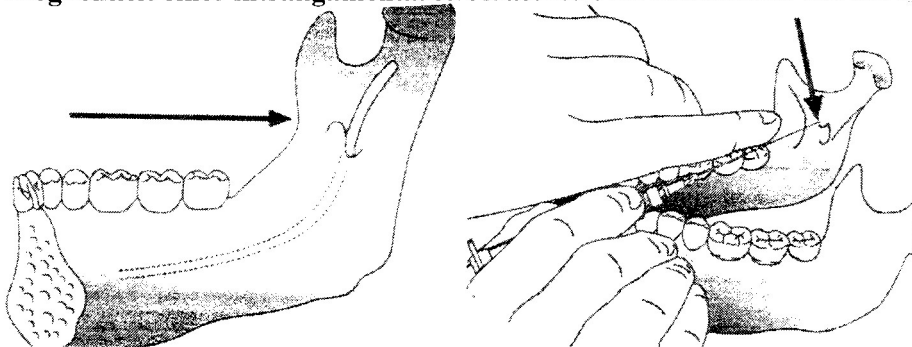
über die Behandlungsrisiken einer Anästhesie im Allgemeinen und der Leitungsanästhesie im Besonderen aufgeklärt worden bin. Mir wurde im Einzelnen erläutert, was unter einer „Infiltrations-/intragamentären und Leitungsanästhesie“ zu verstehen ist und welche Behandlungsrisiken daraus bei chirurgischen und/oder konservierend/prothetischen Behandlungen entstehen können.

Das Spritzen von Anästhetika kann, insbesondere bei Vorerkrankungen (wie z. Bsp. Allergien, Herzkreislauferkrankungen, Medikamenteneinnahme usw.), zu Nervschädigung, Entzündungsreaktionen, allergischen Reaktionen, Herzkreislaufbeschwerden und weiteren leichten bis lebensbedrohlichen Körperreaktionen führen.

Über mir bekannte vorliegende Risiken werde ich vor einer Anästhesie Auskunft geben.

Eine im Unterkiefer vorgenommene Leitungsanästhesie hat ein erhöhtes Risiko, dass eine eventuelle Schädigung des Zungennerven und oder des Unterkieferernerven auftritt. Dies ist zwar ein seltenes, aber nicht auszuschließendes Risiko ist, dass evtl. zu erheblichen und dauerhaften Beeinträchtigungen führen kann (Taubheitsgefühl, Geschmacksstörungen etc.)

Über die alternative Möglichkeit einer intraligamentären Anästhesie im Unterkiefer bin ich ausreichend informiert worden.



Ich bin gefragt worden, ob ich die Erläuterung über die Infiltrationsanästhesie, die intraligamentäre Anästhesie und die Leitungsanästhesie und deren evt. Risiken verstanden habe, was von mir bejaht wurde.

Ich erteile hiermit für die Durchführung einer Infiltrationsanästhesie im Oberkiefer, einer intraligamentären Anästhesie und einer Leitungsanästhesie im Unterkiefer zur Schmerzausschaltung im Zusammenhang mit der von mir gewollten Zahnbehandlung mein ausdrückliches Einverständnis. Ich lege auf eine ausreichende Schmerzfremheit bei der Zahnbehandlung großen Wert.

Bei der Aufklärung und der Einverständnisbestätigung war neben Herrn

Zahnarzt _____

die Zahnarzhelferin _____
zugegen.

Mir stand eine ausreichende Überlegungsfrist zur Verfügung.

Ort/Datum

Patient

Beachten Sie, dass durch eine Anästhesie Ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt ist. Bitte fahren sie nicht selbst.