

Aufklärung über die Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) schmerzfrei durchgeführt werden. Um eine Schmerzausschaltung zu gewährleisten, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervens (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. In seltenen Fällen kann es u.a. zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss):

Durch Verletzung(en) kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen Kaumuskel infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen. Bei Auftreten dieser Symptome sollten Sie Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Nervschädigung(en):

Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation und/oder eine Schädigung von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- bzw. Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach max. 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

Verkehrstüchtigkeit:

Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung:

Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wange, Lippe) betäubt sein, verzichten Sie bitte solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie:

- Ich habe die Aufklärung verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich willige hiermit zur örtlichen Betäubung ein.

Sollte ich meine Meinung hierzu ändern, werde ich Sie selbstständig und unaufgefordert informieren.

Bonn, den _____
Datum

Unterschrift von Patient/in/ bzw. Erziehungsberechtigte/r



Liebe Patientin, lieber Patient,

als Zahnarztpraxis betreiben wir sehr umfangreiche Maßnahmen zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten. Hierüber informieren wir Sie und benötigen für unsere Verarbeitungen Ihre Zustimmung.

Datenschutzmerkblatt

An unserer Rezeption erhalten Sie unser Datenschutzmerkblatt, das auch im Wartezimmer ausliegt. Wir bitten Sie, uns zu bestätigen, dass Sie diese Information erhalten haben.

- Ich habe das Datenschutzmerkblatt zur Kenntnisnahme erhalten.

Datum und Unterschrift

Recall-System

(Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO).

Unsere Zahnarztpraxis bietet einen Erinnerungsservice für den regelmäßigen Zahnarztbesuch an. Dieser Service ist freiwillig und wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung. Die Erinnerung erfolgt individuell per Brief, SMS oder Email. Mit der Unterschrift stimmen Sie der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Sie können diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mit dem jederzeitigen möglichen Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

- Ich möchte an dem Recall-Service teilnehmen.

Datum und Unterschrift

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Es kann in Einzelfällen notwendig sein, dass mitbehandelnde Ärzte, z.B. Hausärzte, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen oder Kieferorthopäden mit in die Behandlung einbezogen werden. In diesen Fällen ist es sinnvoll, dass wir Röntgenbilder und Informationen zur Behandlung an diese Ärzte übermitteln. Im Einzelfall werden Sie von uns ausführlich informiert. Bitte geben Sie uns Ihr schriftliches Einverständnis hierzu.

- Ich willige ein, dass Röntgenbilder und Informationen zur Behandlung zum Zwecke der Mitbehandlung an Hausärzte, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen oder Kieferorthopäden nach vorheriger Information im Einzelfall weitergeleitet werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung in die Zukunft widerrufen kann.

Datum und Unterschrift

Patient/in:

Name:

Adresse: