

Krankenkasse bzw. Kostenträger:		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Patient(in)

Aufklärungs-, Anamnese- und Einwilligungsbogen

Operative
Weisheitszahnentfernung

Bitte vor dem Arztgespräch sorgfältig lesen, Fragen notieren

Fall-Nr.:	Patienten-Nr. (ID)	Behandlungsdatum
Zu benachrichtigende(r) Angehörige(r):		
Beziehung zum Patienten /Verwandtschaftsgrad:		
Entscheider Tel.-(Handy-)Nr.	Entscheider E-Mail-Adresse	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

dieser Patientenaufklärungsbogen dient der Grundinformation über die vorgeschlagene Weisheitszahnentfernung, über die Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt vorher mit Ihnen noch sprechen wird, und der Aufklärungsdokumentation. Typische Risiken und Folgen sowie mögliche Alternativen müssen Sie kennen, damit Sie sich entscheiden und wirksam in den Eingriff einwilligen können. Notieren Sie am besten zur Vorbereitung Ihres Arztgesprächs alle Fragen, die nach dem Lesen dieses Bogens bleiben und über die Sie vor einer Entscheidung noch mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt sprechen wollen, auf der vorletzten Seite.

Warum müssen Weisheitszähne (WZ) gezogen werden?

Weisheitszähne brechen normalerweise zwischen dem 16. und 20. Lebensjahr sowohl im Ober- als auch im Unterkiefer durch. Vielfach ist jedoch nicht ausreichend Platz im Kiefer vorhanden, damit sich die durchbrechenden Weisheitszähne in die Reihe der anderen Zähne einstellen können. Daher verursa-

chen Weisheitszähne oft Schwierigkeiten, die ihre Entfernung notwendig machen. Zu den häufigsten Gründen für die Entfernung von Weisheitszähnen zählen:

- **ungenügender Platz** verhindert einen Durchbruch,
- die **Wurzelspitze** eines WZ hat sich **entzündet**,
- **Entzündungen** und **Abszesse** der umliegenden Region,

Abb. 1: Lageanomalien von Weisheitszähnen

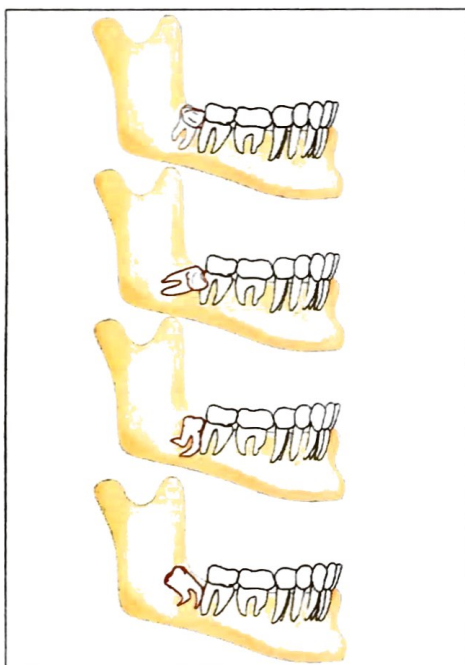


Abb. 2: Zahnschema zum Einzeichnen des kranken Zahnes

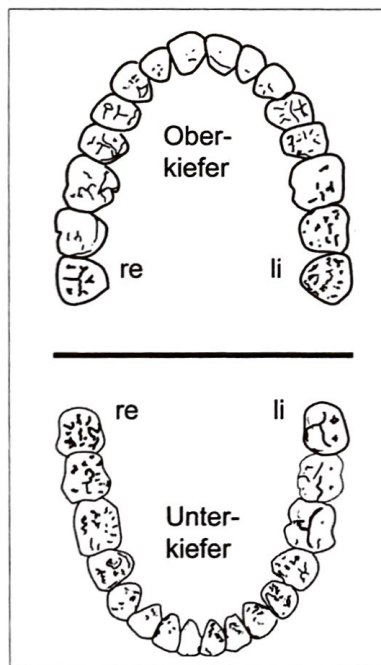
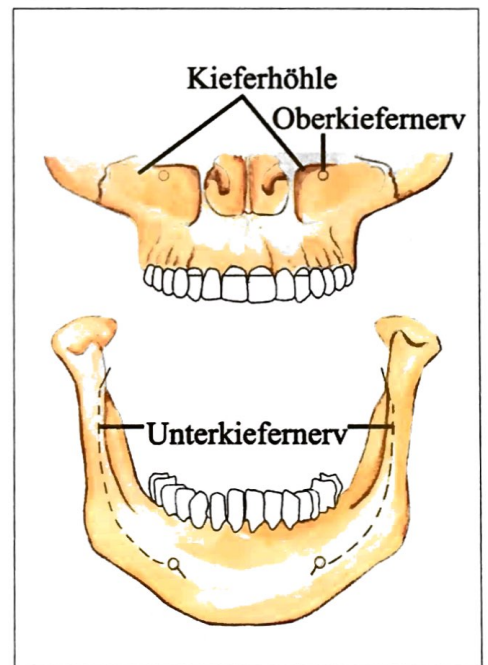


Abb.3: Verlauf der Nerven im Ober- und Unterkiefer



- Entzündung in der Kieferhöhle,
- Zystenbildung (Hohlraum) mit Entzündung,
- Beschädigung benachbarter Zähne,
- Verschiebung der benachbarten Zahnreihe,
- Gefährdung zahnregulierender Maßnahmen,
- Herd für andere Erkrankungen (z.B. Herzerkrankungen, Rheuma),
- Verursachung von Gesichtsschmerzen.

Die genaue Lage des zu entfernenden Weisheitszahnes wird normalerweise mit einer **Panorama-Röntgenaufnahme** dargestellt. Mit einer solchen Aufnahme erhält Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt auch genaue Informationen über die benachbarten Strukturen (Kieferhöhle etc.). Über die individuellen Gründe für die Weisheitszahnentfernung bei Ihnen wird Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt mit Ihnen sprechen.

Wie wird eine WZ-Entfernung durchgeführt?

Die Weisheitszahnentfernung wird normalerweise in **lokal-/regionaler Betäubung**, seltener in **Vollnarkose** durchgeführt. Über eine Vollnarkose werden Sie ggf. von einer Narkoseärztin/einem Narkosearzt getrennt aufgeklärt.

Wenn bei Ihnen ein Weisheitszahn **aus dem Unterkiefer** in lokal-/regionaler Betäubung entfernt wird, spritzt Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt mit einer feinen Nadel **Betäubungsmittel auf der Innenseite des Kiefers und am zu entfernenden Zahn** ein. Bei einer Entfernung von Weisheitszähnen **aus dem Oberkiefer** wird das **Betäubungsmittel sowohl von der Mundhöhle** aus als auch vom **Raum zwischen Backe und Oberkiefer** rund um den zu entfernenden Zahn eingespritzt.

Nach Eintritt der Gefühl- und Schmerzlosigkeit wird die Schleimhaut eingeschnitten und Knochengewebe so weit entfernt, bis der Weisheitszahn frei liegt und mit einer Zange oder mit einem Hebel entfernt werden kann. Manchmal kann der Weisheitszahn so fest sitzen, dass er im ganzen nicht entfernt werden kann, sondern zunächst geteilt werden muss. Nach der Entfernung wird die Wunde mit Gaze ausgetupft und mit einem Streifen ausgefüllt sowie vernäht.

Grundsätzliches zu Risiken und Komplikationen

Die allermeisten Operationen verlaufen ohne jede Komplikation. Sie können sicher sein, dass Ihre Ärztin/Ihr Arzt ihr/sein ganzes Können, Wissen und ihre/seine Erfahrung einsetzen wird, um jede denkbare Gefährdung von Ihnen fernzuhalten.

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird jedoch auch durch die individuelle körperliche Verfassung und Vorerkrankungen beeinflusst. Trotz größter Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit kann es daher bei jedem Eingriff zu Komplikationen kommen, die **Nachbehandlungen**, ggf. auch **Nachoperationen** bzw. eine **Ausweitung der Operation** erfordern, welche in der Folge bei Verkettung unglücklicher Umstände **extrem selten auch lebensbedrohlich** sein können. In solchen Fällen kann es erforderlich sein, Sie zur weiteren Behandlung an eine Spezialabteilung zu transferieren.

Allgemeine Risiken

- **Einspritzungen** vor, bei oder nach dem Eingriff verursachen in seltenen Fällen Blutergüsse, Entzündungen, Haut- und Weichteilschäden (**Spritzenabszess, Absterben von Gewebe, Nervenschäden oder Venenentzündungen**), was lang andauernde Schmerzen und Narben zur Folge haben kann.
- **Überempfindlichkeitsreaktionen** (Allergie) auf Betäubungsmittel, Desinfektionsmittel, Farbstoffe, Medikamente, Kontrastmittel, Latex, Pflaster oder Nahtmaterial können sich mit **Hautrötungen, Juckreiz, Schwellungen, Brechreiz** oder kurzzeitigen **Krampfanfällen** äußern. Selten sind **schwere allergische Reaktionen** mit Verschlechterung der Atmung (**Bronchokonstriktion**) bis hin zum **Atemstillstand** und lebensbedrohlichen Herz-/Kreislaufstörungen (**anaphylaktischer Schock**), die zu **dauerhaften Organschäden** führen können (z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Nierenversagen). In solchen Fällen ist eine sofortige intensivmedizinische Behandlung notwendig.
- Sehr selten werden Keime in die Blutbahn verschleppt und verursachen eine **Blutvergiftung (Sepsis)**. Diese kann **Organschäden**, so z. B. Herzinnenwandentzündung (Endokarditis) oder Entzündungen mit Abszessbildungen weit vom Operationsgebiet entfernt in anderen Körperregionen verursachen. In solchen Fällen ist eine intensivmedizinische Behandlung notwendig.
- **Thrombosen und Embolien**: In den größeren Venen entstehende Blutgerinnsel (Thromben) können verschleppt werden und ein Blutgefäß verschließen (Embolie). In der Lunge führt das zu einer (manchmal lebensbedrohlichen) **Lungenembolie**, in den Armen oder Beinen zu **Durchblutungsstörungen**, im Gehirn zur Hirnembolie („**Schlaganfall**“), ggf. mit Seh-, Hör- und Sprechstörungen sowie Lähmungen, im Extremfall zu einer **Halbseitenlähmung**. Hautbezirke oder Darmanteile können ebenso absterben wie Muskelbezirke oder ganze Organe, was zum **Organverlust** führt. Äußerst selten kann es zu einem **Herzinfarkt** kommen. In solchen Fällen kann eine **intensivmedizinische Behandlung** notwendig werden, eine medikamentöse Auflösung des Gerinnsels (**Lysetherapie**) oder eine **operative Entfernung**.
- **Thromboseprophylaxe**: In vielen Fällen kann die Thrombosebereitschaft durch Spritzen eines gerinnungshemmenden Mittels (Heparin) gemindert werden, wobei in Kauf genommen werden muss, dass dadurch eine sehr seltene, schwerwiegende Störung der Blutgerinnung mit vermehrter Gerinnselbildung und Gefäßverschluss entsteht (HIT II). Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird mit Ihnen besprechen, ob und wie lange diese Maßnahme vor dem Eingriff durchgeführt werden sollte.
- Feine **Wurzelspitzen können abbrechen**. Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt wird diese ggf. herausoperieren.
- Durch das Hebeln und die Nutzung von Zangen und sonstigen chirurgischen Instrumenten kann es zur **Beschädigung von Nachbarzähnen** kommen. Eine fachgerechte

Fragen an Ihre Ärztin/Ihren Arzt:

Bitte notieren Sie hier alle Fragen, die Ihnen nach dem Lesen dieses Bogens noch geblieben sind, und die Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt besprechen wollen.

Wenn vorhanden bitte **Allergie-, Röntgen- und Narkosepass** sowie **Antikoagulantien-, Diabetiker- und Herzschrittmacherausweis** mitbringen!

Die ggf. von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt im Folgenden angekreuzten Blutwerte bitte durch Ihren Hausarzt ermitteln lassen und zur Untersuchung/Behandlung mitbringen:

Creatininwert Quickwert (Prothrombinzeit)

APTT (Aktivierte Partielle Thrombinzeit) T₃ T₄ TSH

Andere:

Allgemeine Informationen N = Nein * J = Ja

Alter: Jahre – Größe: cm – Gewicht: Kg männl. weibl.

Ausgeübter Beruf: _____

Frauen: Könnte eine Schwangerschaft vorliegen? N J

Liegt der Eingriffs-Termin im Zeitraum der Regelblutung? N J

Tragen Sie (Ihr Kind) ein **Hörgerät**? N J

Sind Sie (Ihr Kind) **Raucher(in)**? N J

Wenn ja, was und wieviel täglich? _____

Trinken Sie (trinkt Ihr Kind) regelmäßig **Alkohol**? N J

Wenn ja, was und wieviel täglich? _____

Nehmen Sie (Ihr Kind) regelmäßig Medikamente? N J

Name: _____ Dosis: x.tgl.

Name: _____ Dosis: x.tgl.

Name: _____ Dosis: x.tgl.

Name: _____ Dosis: x.tgl.

Name: _____ Dosis: x.tgl.

Sind Vorerkrankungen bekannt/vorhanden? N J

Allergien? N J

gegen **Nahrungsmittel/Medikamente**? N J

gegen **Metall** (z.B. Nickel)/Pflaster/Gummi/Latex? N J

gegen **Betäubungsmittel, Narkosemittel**? N J

gegen **Jod/Röntgenkontrastmittel/Antibiotika**? N J

Andere: _____

Leiden Sie (Ihr Kind) an **Asthma / Heuschnupfen**? N J

Augenerkrankungen/-verletzungen? N J

Haben Sie (Ihr Kind) ein **Glaukom** (Grüner Star)? N J

Eine andere Augenerkrankung? N J

Wenn ja, welche? _____

Bindegewebserkrankungen? N J

Sklerodermie? N J

Rheuma? N J

Andere: _____

Herz-/Kreislauf-Erkrankungen? N J

Haben Sie (Ihr Kind) **Atemnot bei Anstrengungen**? N J

eine **Herzschwäche** (Herzinsuffizienz)? N J

eine **Angina pectoris** (Brustschmerzen), Herzinfarkt? N J

Herzrhythmusstörungen? N J

einen erhöhten/erniedrigten Blutdruck? N J

Andere (z.B. Herzfehler): _____

Tragen Sie (Ihr Kind) Schrittmacher/Defibrillator/künstl. Herzklappe? N J

Gerinnungsstörungen? N J

Entstehen leicht blaue Flecken/Nasenbluten? N J

Nehmen Sie (Ihr Kind) **Gerinnungshemmer** (z.B. Aspirin®, Marcumar®, Plavix®, Pradaxa®, Xarelto®, Brilique®, Efixent®)? N J

Andere: _____

Infektionskrankheiten? N J

Leberentzündung (Hepatitis)? N J

Tuberkulose (Tbc)? N J

Sind Sie (Ihr Kind) **HIV-positiv** (AIDS)? N J

Andere: _____

Stoffwechselerkrankungen? N J

Schilddrüsenerkrankung? N J

Zuckerkrankheit (**Diabetes**)? N J

Eine **Nierenerkrankung**? N J

Andere: _____

Wurden Sie (Ihr Kind) schon einmal operiert? N J

Kam es zu verstärkten Blutungen? N J

zu Abszessen/Eiterungen/Fisteln? N J

zu verzögerter Heilung/verstärkter Narbenbildung? N J

zu Thrombosen/Embolien? N J

Sonstige Komplikationen: _____

Sind andere Erkrankungen vorhanden? N J

Bitte notieren Sie hier, welche sonstigen wesentlichen, auch chronischen Erkrankungen Sie schon hatten oder haben, z.B. Anfallsleiden, psychische Erkrankungen, Tumorerkrankungen:

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(Hier notiert Ihre Ärztin/Ihr Arzt die individuellen, im Gespräch mitgeteilten Aufklärungsinhalte. Hier wird auch ein eventueller Verzicht auf die Aufklärung notiert)

Ärztliche Dokumentation N=Nein, J = Ja

Ist eine **Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht** und/oder eine **Betreuungsverfügung** vorhanden? N J

Die Patientin/der Patient **ist in der Lage, eine selbständige Entscheidung** über den vorgeschlagenen Eingriff **zu treffen** und ihre/seine Einwilligung zu geben. N J

Die Patientin/der Patient wird **von den Eltern/Betreuer(n)/Vormund/Bevollmächtigten vertreten**, die/der eine Entscheidung im Patientensinn treffen kann/darf (bitte in Druckschrift)

Vorname Nachname Alter

Die Patientin/der Patient - die Eltern/der Betreuer/der Vormund **lehnt/lehnen den vorgeschlagenen Eingriff** ab. Über die Nachteile und möglichen Folgen wurde ausführlich aufgeklärt:

Der/dem Pat. wurde mitgeteilt, dass sie/er **am Tag des Eingriffs** für Stunden Tage Wochen **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf!**

Der **Heimtransport** erfolgt mit Krankwg ÖPNV Taxi PKW zu Fuß

Die Patientin/der Patient wird ggf. begleitet/gedefahren/betreut von

Vorname Nachname Alter

Die Patientin/der Patient hat **keine Begleitung/Betreuung**

Steht im Notfall ein Auto mit Fahrer/Taxi zur Verfügung? N J

In welcher Zeit ist eine Klinik/der Notarzt/Hausarzt erreichbar? min.

Hausärztin/Hausarzt: Tel.(Handy)-Vorw-Nr.

Ort, Datum (tt.mm.jj), Uhrzeit (hh.mm)

Unterschrift der Ärztin/des Arztes / der/des Bevollmächtigten / ggf. von Zeugen

Patient(in)

Vorname Nachname Geb.-Datum

Geplante Maßnahmen ambulant (kurz-) **stationär**

Operative Weisheitszahnentfernung

Ok rechts **Ok links**

Uk rechts **Uk links**

Sonstige Maßnahmen:

Örtliche Betäubung **Lokalanästhesie**

Leitungsanästhesie **Allgemeinanästhesie**

Andere:

Einwilligung **Ablehnung**

Nach dem vollständigen Lesen und Ausfüllen dieses Patientenaufklärungsbogens und nach dem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt Frau/Herrn (bitte in Druckbuchstaben)

fühle ich mich voll informiert und aufgeklärt! Meine Fragen, insbesondere über die Art und den Ablauf des Eingriffs (bei meinem Kind), über seine Vor- und Nachteile, Alternativen wurden beantwortet. Individuelle Risiken sowie mögliche Komplikationen wurden verständlich dargestellt. Die Fragen zu den Vorerkrankungen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.

Ich willige nach angemessener Bedenkzeit und reiflicher Überlegung in den vorgesehenen Eingriff (bei meinem Kind) **ein** sowie in Änderungen und Erweiterungen, wenn diese ärztlich notwendig oder geraten sind. Mit Neben- und **Folgeeingriffen und -Behandlungen** (z.B. Intensivmedizin) und mit der **Transfusion von Fremdblut** bin ich - wenn notwendig - einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass **Befunde angefordert**, an nachbehandelnde Stellen **weitergegeben** und dass die Patientendaten im gesetzlichen Rahmen **elektronisch gespeichert** und für Auswertungen herangezogen werden.

Ich werde die mitgeteilten **Verhaltenshinweise** und insbesondere die Einschränkungen zur Verkehrstauglichkeit **beachten**.

Eine **Kopie/einen Durchschlag** dieses Aufklärungs-, Anamnese- und Einwilligungsbogens habe ich **erhalten**.

Meine Ärztin/mein Arzt hat mich intensiv und unmissverständlich über die (möglichen) Folgen einer Verweigerung (für mein Kind) aufgeklärt. **Ich lehne den Eingriff trotzdem ab!**

Ort, Datum (tt.mm.jj), Uhrzeit (hh.mm)

Unterschrift der Patientin/des Patienten / der/des Bevollmächtigten

MkOp025De_11-14-03_06-ID_4250112707045

* Bei Kindern: Beide Elternteile oder die Entscheidungsberechtigten müssen unterschreiben. Wenn nur ein Elternteil unterschreibt erklärt sie/er, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht zusteht.