



# Ovelgöner Zahnarztpraxis

## Zahnärztin Dr. Jana Prömmel

Bahnhofstr. 24, 26939 Ovelgönne ☎ 04401 980027 📠 04401 980028 info@zahnarzt-ovelgoenne.de

### **Die operative Weisheitszahnentfernung:**

Oberkiefer:     rechts       links    Unterkiefer:  rechts       links

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,  
vor der gewünschten Entfernung von Weisheitszähnen möchten wir Ihnen gerne Information zur Notwendigkeit dieser operativen Maßnahme sowie zu den Rahmenbedingungen und Risiken dieses Eingriffs zukommen lassen.

Die Entfernung der Weisheitszähne kann erforderlich sein, weil

- Platzmangel innerhalb der Zahnreihe vorliegt,
- aufgrund der Lage Entzündungsgefahr besteht,
- bereits eine Zystenbildung (Hohlraum) erfolgt ist, der Nachbarzahn beschädigt ist,
- eine Gefährdung des Erfolgs einer kieferorthopädischen Behandlung besteht,
- eine latente Entzündung nicht ausgeschlossen werden kann,
- sie die zahnärztliche prothetische oder konservierende Versorgung behindern,
- Druck auf die Zähne ausüben, diese verschieben und/oder die Wurzeln benachbarter Zähne schädigen,
- \_\_\_\_\_

Der Eingriff wird in unserer Praxis (ambulant) in örtlicher Betäubung durchgeführt.

### **Allgemeine Risiken:**

#### **Infektion:**

Bei jeder chirurgischen Maßnahme, die mit einer Eröffnung der Schleimhaut, kann eine Wundheilungsstörung auftreten.

Nachbehandlungen mit Antibiotika, Spülung oder einer Nachoperation können erforderlich werden. Die Einhaltung der vereinbarten Nachuntersuchungen kann ein frühzeitiges Erkennen von Infektionen ermöglichen.

#### **Nachblutungen:**

Eine Blutung, die nicht zum Stillstand gebracht werden kann, bedarf eventuell einer zusätzlichen Wundnaht, Verbandsplatte oder ggf. einer Nachoperation.

#### **Allergische Reaktionen:**

Auf Betäubungsmittel oder sonstige eingesetzte Mittel, insbesondere auf ggf. verordnete Antibiotika, können in seltenen Fällen allergische Reaktionen vom Juckreiz bis hin zum allergischen Schock auftreten. Um dies zu vermeiden, sollten Sie zu entsprechenden Vorkommnissen in der Vergangenheit unbedingt die Angaben auf Ihrem Anamnesebogen machen.

Weiterhin kann es zum Auftreten von Schmerzen, Schwellungen, Schluckbeschwerden, leichte Kieferklemme und/oder Fieber kommen.

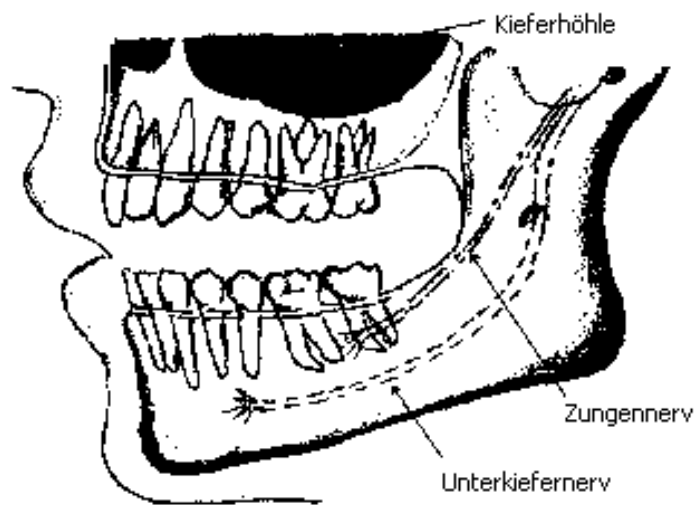
## Spezielle Risiken:

### Kieferhöhle:

Diese kann wie bereits beschrieben eröffnet werden. Des Weiteren können Wurzelspitzen in sie verlagert werden, welche jedoch im Regelfall durch eine so genannte Kieferhöhlenrevision entfernt werden würden. Die Kieferhöhle kann sich entzünden und eine Nachbehandlung mit Antibiotika, Spülungen oder eine Nachoperation angezeigt sein.

### Nerven:

Im Unterkiefer verläuft ein Nerv, dessen Verletzung zu einer Gefühlsstörung in der Unterlippe führen würde. Manchmal verläuft er sehr nahe oder sogar zwischen den Wurzeln der Unterkieferweisheitszähne. Ein weiterer Nerv verläuft neben dem Unterkiefer zur Zunge. Auch dieser kann aufgrund der unmittelbaren Nähe zum Unterkiefer mechanisch oder durch die Spritze geschädigt werden. Dies würde zu einer Gefühls- und Geschmacksstörung in der Zunge führen. Gefühlsstörungen in der Unterlippe oder der Zunge sind meist vorübergehender Natur und können sich innerhalb von 3-6 Monaten zurückbilden. Bewegungsstörungen (Lähmungszeichen) treten bei Verletzung dieser Nerven nicht auf.



Darüber hinaus sollten Sie trotz seltenen Vorkommens wissen, dass

- feine Wurzelspitzen im Rahmen der Zahntfernung abbrechen können und im Regelfall entfernt werden.
- An Nachbarzähnen eine Verletzung Ihrer konservierend/prothetischen Versorgung durch die Fräse oder durch Zangen und Hebel auftreten kann.
- Es durch mechanische Beanspruchung zur Unterkieferfraktur kommen kann.

### Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:

Hiermit bestätige ich, dass mir der Zweck und das operative Verfahren, sowie eine eventuell erforderliche nicht vorhersehbare Erweiterung oder Abänderung der chirurgischen Vorgehensweise bei dem oben genannten Eingriff von Frau Dr. Prömmel in aller Ausführlichkeit erläutert wurde. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über allgemeine und spezielle Nebenwirkungen sowie ggf. vorhandene persönliche gesundheitliche Risikofaktoren stellen.

Ich habe keine weiteren Fragen mehr, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in den geplanten Eingriff ein.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Patienten bzw. gesetz. Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Zahnarztes/Zahnärztin