

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Patientin / Patient

## Aufklärungs-, Anamnese- und Einwilligungsbogen

### Behandlung beim Zahnarzt

Bitte vor dem Arztgespräch sorgfältig lesen, Fragen notieren

Fall-Nr.:

Patienten-Nr. (ID)

Behandlungsdatum

Zu benachrichtigende(r) Angehörige(r):

Beziehung zum Patienten /Verwandschaftsgrad:

Entscheider Tel.-(Handy-)Nr.

Entscheider E-Mail-Adresse

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern und Sorgeberechtigte,

nach einer eingehenden Untersuchung stellt Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt fest, ob eine zahnärztliche Behandlung erforderlich ist. Oft ist diese leider nicht zu vermeiden. Deshalb werden Sie über mögliche/geplante Maßnahmen informiert, bevor mit der Behandlung begonnen wird.

Dieser Patientenaufklärungsbogen dient der Grundinformation über die vorgeschlagene Untersuchung, über die Ihre Ärztin/Ihr Arzt vorher mit Ihnen noch sprechen wird, und der Aufklärungsdokumentation. 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.

#### Basisinformationen

Bekanntermaßen sind zahnärztliche Behandlungen zwar oft unangenehm, aber dennoch risikoarm. Dazu gehören unter anderem Routineverfahren wie das

- Abtragen von Zahnstein,
- Behandeln von Zahnfleischproblemen,
- Entfernen von Zähnen,
- Füllen und Abschleifen von Zähnen.

#### Informationen zur Behandlung

Zu Beginn einer jeden Behandlung ist meist eine Zahnreinigung (Entfernung des vorhandenen Zahnsteins und eventueller Beläge) erforderlich, ebenso die Entfernung nicht mehr erhaltungswürdiger und die konservative Versorgung der erhaltungsfähigen Zähne.

Sie werden über alle typischen Risiken und Komplikationen der geplanten Behandlung informiert und Ihnen werden mögliche Alternativen zu dieser aufgezeigt.

Um die Behandlung für Sie/Ihr Kind möglichst schmerzfrei zu ermöglichen, kann es notwendig werden, die zu behandelnden Bereiche örtlich betäuben zu lassen. Über den Verlauf und die Risiken dieser Anästhesie werden Sie gesondert aufgeklärt.

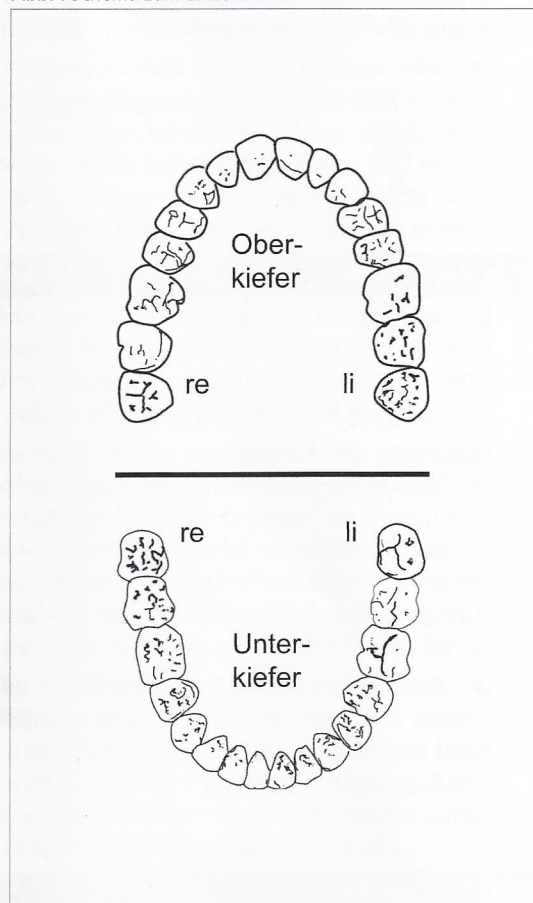
#### Werden die Kosten von den Kassen erstattet?

Je nach kosmetischem Anspruch ist die Untersuchung ggf. mit Kosten für Sie persönlich verbunden. Vor der Behandlung werden Sie über auf Sie zukommende Kosten aufgeklärt.

#### Mögliche Erweiterungen der Behandlung

Über mögliche Erweiterungen der geplanten Maßnahme werden Sie im Vorfeld ausführlich von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt informiert.

Abb. : Schema zum Einzeichnen





Manchmal treten aber erst im Laufe der Behandlung für die Ärztin / den Arzt nicht vorhersehbare Befunde auf, die zu einer Änderung der ursprünglich geplanten Vorgehensweise zwingen.

Bitte erteilen Sie Ihre Einwilligung in notwendige oder sinnvolle Erweiterungen oder Änderungen der vorgesehenen Behandlung bereits jetzt, damit ein erneuter Eingriff mit seiner erhöhten Komplikationsrate vermieden wird und dieser im selben möglichen Betäubungsverfahren durchgeführt werden kann.

### Grundsätzliches zu Risiken und Komplikationen

Die Behandlung ist ein Routineverfahren. Sie ist risikoarm. Trotzdem kann es zu Komplikationen kommen, die Nachbehandlungen erfordern, welche in der Folge unglücklicher Umstände extrem selten auch lebensbedrohlich sein können. In solchen Fällen kann es erforderlich sein, Sie / Ihr Kind zur weiteren Behandlung an eine Spezialabteilung zu transferieren. Die in diesem Aufklärungsbogen gemachten Angaben über die Häufigkeit von Risiken und Komplikationen dienen lediglich der Orientierung und entsprechen nicht den in Beipackzetteln für Medikamente gültigen Kategorien. Zu nennen sind:

### Allgemeine Risiken und mögliche Komplikationen

- **Überempfindlichkeitsreaktionen (Allergien)** z.B. 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 lebensbedrohliche **Blutvergiftung (Sepsis)**. Diese kann Organschäden, so z.B. eine Herzinnenwandentzündung (Endokarditis) oder Entzündungen mit Abszessbildungen weit vom Operationsgebiet entfernt in anderen Körperregionen verursachen. In solchen Fällen ist eine intensivmedizinische Behandlung notwendig.

### Eingriffsspezifische Risiken und mögliche Komplikationen

- **Druckstellen** bei eingegliederten Prothesen sind, wie der Name schon sagt, meist in der unterschiedlichen Nachgiebigkeit der Schleimhaut bei der Abdrucknahme begründet und können durch Anpassung der Prothese schnell behoben werden.
- **Reizungen der Zahnnerven** mit anschließender Entzündung des Zahns haben meist die Ursache in einer vorhandenen Zahnfäule (Karies), sie können in seltenen Fällen auch durch das Bohren oder Beschleifen der Zähne (auch bei schonenden Reparationen und ausreichender Kühlung) hervorgerufen werden. So kann in einigen Fällen eine anschließende Wurzelbehandlung erforderlich werden, über die Sie ggf. gesondert aufgeklärt werden.
- Das **Verschlucken von alten Füllungen** oder **abgebrochenen Zähnen lässt sich nicht immer ganz verhindern, ist aber meist unproblematisch**. In sehr seltenen Fällen ist die versehentliche **Aspiration (Einatmung)** von solchen Teilen oder auch Instrumenten möglich. Ihre Zahnärztin / jeder Zahnarzt wird in diesem Fall sofort die erforderliche Entfernung durch einen Spezialisten einleiten.

### Bitte vor der Behandlung beachten

Ihre Ärztin / Ihr Arzt muss wissen, welche Medikamente, insbesondere welche **blutgerinnungshemmenden Medikamente** (z.B. Aspirin®, Marcumar®, Plavix®, Pradaxa®, Xarelto®, Brilique®, Efixent®, Eliquis®) oder **metforminhaltigen Arzneimittel** (Diabetiker!), An-

tibapypille, auch selbstverordnete Medikamente und Naturheilmittel oder sogenannte „Hausmittel“, Sie / Ihr Kind regelmäßig einnehmen, damit sie / er mögliche Nebenwirkungen durch Zusammenwirken mit den vorgesehenen Medikamenten, Betäubungsmitteln oder Kontrastmitteln (Interaktionen) abschätzen kann. Beantworten Sie daher sorgfältig die Fragen auf der vorletzten Seite. Sie / er wird dann mit Ihnen besprechen, welche Medikamente wie lange vor und nach dem Eingriff abgesetzt, in der Dosis verändert oder durch andere ersetzt werden.

### Bitte nach der Behandlung beachten

Blutungen und Wundheilungsstörungen nach chirurgischen Behandlungen sind einfach zu vermeiden, wenn die ihnen angeratenen Verhaltensmaßnahmen nach der Behandlung genau eingehalten werden: bitte beißen Sie (Ihr Kind) nach einer chirurgischen Behandlung so lange auf den Tupper, wie ihnen angeraten wurde.

Sollte es später doch nachbluten, **bitte nie spucken oder spülen**, sondern stattdessen eine halbe Stunde lang auf einen sterilen Verbandsmüll oder ein sauberes Taschentuch fest zubeißen. Ist auch nach Ablauf dieser Zeit noch keine Besserung eingetreten, suchen Sie bitte umgehend eine Ärztin / einen Arzt auf.

Bitte die Wunde nicht berühren, Kaffee und Alkohol meiden, Mineralwasser und Tee sind erlaubt, aber nicht in großen Mengen!

**Unbedingt neben Spucken und Spülen auch Rauchen 24 Stunden vermeiden.**

Beschwerden nach Zahnsteinentfernung und Prophylaxemaßnahmen sind nicht selten. Wenn sie voraussehen sind, werden wir versuchen, sie schon durch geeignete Behandlungsmaßnahmen zu verhindern. In der Regel klingen sie schnell ohne weitere Behandlung ab.

Nach der Behandlung sind möglicherweise Lippe, Wange und Zunge noch **betäubt**. Aus diesem Grund dürfen Sie / darf Ihr Kind **erst dann essen und trinken, wenn Sie / Ihr Kind keinerlei Betäubungsgefühl mehr feststellen können/kann**. Sie könnten / Ihr Kind könnte sich sonst selbst Bissverletzungen in den noch betäubten Gebieten zufügen, auch sind dort Verbrennungen und Erfrierungen durch zu heiße oder zu kalte Getränke möglich. Bitte nehmen Sie diesen Hinweis sehr ernst, derartige Verletzungen können für Sie / Ihr Kind sehr unangenehm sein und Infektionen und Wundheilungsstörungen zur Folge haben.

Wenn sich **Ihr Befinden / das Befinden Ihres Kindes verschlechtert** und wenn **ungewohnte Reaktionen auftreten** wie **Fieber, Herz- / Kreislaufbeschwerden, Atemnot, starke Schmerzen oder andere Probleme, Brechreiz, Schwindel, Übelkeit, Rötungen, Schwellungen oder anhaltende Blutungen im Wundbereich**, informieren Sie bitte umgehend Ihre **Ärztin / Ihren Arzt bzw. die Notaufnahme einer Klinik!**

### Bitte bei ambulanter Durchführung beachten

Ihr **Reaktionsvermögen / Das Reaktionsvermögen Ihres Kindes** ist nach der Untersuchung durch die Untersuchung selbst und durch die Nachwirkung von eventuell gegebenen Beruhigungs-, Betäubungs- oder Schmerzmitteln **eingeschränkt**.

**Sie sind / Ihr Kind ist daher nicht sofort wieder straßenverkehrstüchtig** und dürfen / darf für einige Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, insbesondere kein Fahrzeug führen, keine Maschinen bedienen, keinen Alkohol trinken und keine wichtigen oder rechtlich bindenden Entscheidungen treffen. Ihre Ärztin / Ihr Arzt wird Ihnen dazu genaue Anweisungen geben (siehe letzte Seite).

**Bitte sorgen Sie daher bei ambulanter Durchführung der Untersuchung rechtzeitig dafür, dass Sie / Ihr Kind von einer erwachsenen Person abgeholt, nach Hause begleitet / gefahren und dort zuverlässig betreut werden / wird**, sofern Ihre Ärztin / Ihr Arzt nicht etwas anderes mit Ihnen besprochen hat.







**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 die **vorgeschlagene Untersuchung 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) N  J

Nachname Vorname Alter

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

Der Patientin / dem Patienten wurde mitgeteilt, dass sie / er für      Stunden      Tage **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf!**

Der **Heimtransport** erfolgt mit Krankwag.  ÖPNV  Taxi  PKW  zu Fuß   
 Die Patientin / der Patient wird begleitet / gefahren / betreut von

Nachname Vorname 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

**Patientin / Patient**

Nachname Vorname Geb.-Datum

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


**Geplantes Anästhesieverfahren**

- Infiltrationsanästhesie  Leitungsanästhesie
- Intraligamentäre Anästhesie  (ILA) Lachgassedierung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Einwilligung**  **Ablehnung**

Nach dem vollständigen Lesen und Ausfüllen dieses Patienten-aufklärungsbogens 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 der Untersuchung, über die Vor- / Nachteile und die 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 die vorgesehene **Untersuchung** (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 / Bildmaterial 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 (bei meinem Kind) einer Verweigerung aufgeklärt.

**Ich lehne die Untersuchung trotzdem ab!**

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

Unterschrift der Patientin / des Patienten / der / des Betreuer(s)

\* 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 ihr/ihm das alleinige Sorgerecht zusteht.