

## **Aufklärungsbogen - Wurzelkanalbehandlung**

Sehr geehrte(r) Frau / Herr

Dieser Aufklärungsbogen soll Sie über die bei Ihnen bevorstehende Wurzelkanalbehandlung informieren. Lesen Sie ihn bitte genau durch. Bitte notieren Sie sich Fragen und/oder Unklarheiten und sprechen uns beim nächsten Termin darauf an.

### **Wann ist eine Wurzelkanalbehandlung notwendig?**

- Bei stark entzündetem oder bereits abgestorbenem Zahnnerv (kann mit heftigen Beschwerden einher gehen oder völlig schmerzfrei ablaufen)
- Erneuerung einer unzureichenden Wurzelfüllung z.B. vor Überkronung des Zahnes

### **Wie läuft eine Wurzelkanalbehandlung ab?**

- lokale Betäubung des Zahnes für eine schmerzfreie Behandlung
- gründliche Kariesentfernung und ggf. Aufbau zerstörter Zahnwände
- isolieren des Zahnes mit einem Gummituch (Kofferdam)
- Eröffnung des Zahnes und Aufsuchen der Wurzelkanaleingänge unter optischer Vergrößerung (Lupenbrille)
- entfernen des entzündeten oder abgestorbenen Gewebes mit feinsten Wurzelkanalinstrumenten
- Bestimmung der Kanallängen durch modernste elektrometrische Messung
- Aufbereitung und Ausformung der Kanäle mit speziellen Nickel-Titan-Instrumenten (Voraussetzung für einen absolut dichten Verschluss der Kanäle)
- Reinigung der Hohlräume mit verschiedenen Spüllösungen
- medikamentöse Einlage und provisorischer Verschluss
- zum Folgetermin: nach erneuter gründlicher Reinigung, bakterien-dichte Füllung der Kanäle

### **Welche Komplikationen können auftreten?**

Durch eine Wurzelkanalbehandlung können viele schwer geschädigte Zähne erhalten werden. Jedoch gibt es trotz größter Sorgfalt keine Garantie auf Erfolg. Folgende Komplikationen können bei einer Wurzelkanalbehandlung auftreten:

- Beschwerden am betroffenen Zahn, die möglicherweise erst während der Behandlung entstehen
- Fraktur eines feinen Instrumentes im Wurzelkanal – wenn das Fragment nur unter drohendem Verlust des Zahnes zu entfernen ist, kann es in der Regel ohne weitere Folgen im Kanal belassen werden
- Perforation der Wurzel („falscher“ Austritt aus einer Seitenwand der Wurzel)
- Überfüllen des Wurzelkanals (über die Spitze hinausgepresstes Füllmaterial)
- Irritation benachbarter anatomischer Strukturen, auch durch die lokale Betäubung (im Oberkiefer:
  - unmittelbare Nähe zur Kieferhöhle, im Unterkiefer: der Unterkiefernerve mit umgebenden Blutgefäßen)

- Wiederauftreten von Beschwerden oder Entzündungen längere Zeit nach der Behandlung Ist der Grad einer solchen Komplikation gering, kann es ausreichend sein den Zahn in regelmäßigen Abständen zu kontrollieren. Bei schwerwiegenderen Komplikationen oder anhaltenden Beschwerden ist eine Resektion der Wurzelspitze oder gar die Entfernung des Zahnes notwendig.

### **Was kostet eine Wurzelkanalbehandlung?**

- Die Kosten werden nur noch mit Einschränkungen von der gesetzlichen Krankenkasse getragen.
- In unserer Praxis wird die Wurzelkanalbehandlung nach modernsten Behandlungsmethoden durchgeführt, die eines umfangreichen zeitlichen und materiellen Aufwandes bedarf. Für diese Therapie in höchstmöglicher Qualität ist die Berechnung von Zusatzkosten erforderlich, um die entstehenden Kosten zu decken. Die Krankenkassenbehandlung, die wir natürlich weiterhin als Alternative anbieten und durchführen, ist in vielen Fällen die Entfernung des erkrankten Zahnes bzw. eine nicht optimale Aufbereitung und Füllung der Wurzelkanäle.
- Bei Ihnen muss der Zahn \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ Wurzelkanälen behandelt werden. Bei einer Behandlung in der oben beschriebenen Form ergeben sich Mehrkosten in Höhe von ca. \_\_\_\_\_ €.

### **Patientenerklärung nach §7 Abs. 7 Ersatzkassenvertrag bzw. §4 Abs. 5 BMV-Z**

Mir ist bekannt, dass ich als sozialversicherter Patient das Recht habe, unter Vorlage einer gültigen Krankenversichertenkarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenkassen behandelt zu werden und Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung habe. Darüber hinausgehende Leistungen gehören nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mein Zahnarzt hat mich über die ausreichend, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung informiert. Ich wünsche eine darüber hinausgehende Versorgung entsprechend der oben genannten Behandlung als Privatpatient. Ich weiß, dass die Kosten dieser Behandlung unter Zugrundelegung der Gebührenordnung (GOZ) berechnet werden und verpflichte mich, diese selbst zu tragen.

Ich bin über alternative Therapiemöglichkeiten aufgeklärt worden. Ebenso wurde ich aufgeklärt über mögliche Risiken und Komplikationen, die während oder nach der Behandlung auftreten können (z.B. bei der Lokalanästhesie, mögliches Abbrechen von feinen Instrumentenspitzen und dessen Folgen, evtl. auftretende Beschwerden nach der Behandlung).

Alle meine Fragen die Behandlung betreffend sind umfassend beantwortet worden.

Berlin, den

Unterschrift Patient

Unterschrift Behandler



## A N A M N E S E B O G E N der Zahnarztpraxis Astrid Richter

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift:

Krankenkasse: **PRIVAT: (Tarif, Basistarif)**

**GESETZLICH :**

**Zusatzversicherung Ja/ Nein:**

Zahlungspflichtiger , wenn **PRIVAT:**

**Tel. tagsüber:**

Beruf:

**E-Mail-adresse:**

Um Sie, lieber(e) Patient (in) nicht unnötigen Gefahren auszusetzen, teilen Sie uns doch bitte mit, ob wir bei Ihrer Behandlung auf evtl. Krankheiten, Unverträglichkeiten oder Medikamente Rücksicht nehmen müssen, z.B.:

- Unverträglichkeit von Antibiotika (z.B. Penicillinallergie) oder Betäubungsspritzen, sonstige Allergien (z.B. *Jodallergie*)
- erhöhter/ zu niedriger Blutdruck, Blutgerinnungsstörung
- Magen-Darmerkrankung
- Nierenerkrankung
- gerinnungshemmende Medikamente ( z. D. Aspirin, Markumar, Heparin etc.)
- Epilepsie
- Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes)
- Asthma
- Viruserkrankungen (z.B. Hepatitis, Aids), Tuberkulose, Herpes
- Herzschrittmacher, Herzklappen
- Osteoporose ( - Einnahme- Bisphosphonate )
- Schwangerschaft

Einnahme von **Medikamenten**, Angabe :

**Anschrift Hausarzt:**

Um Sie noch besser betreuen zu können, sagen Sie uns einfach, welche Leistungen Sie gerne in unserer Praxis angeboten bekommen möchten:

---- Ich möchte in Zukunft im Seitenzahnbereich amalgamfreie Füllungen (Komposits)

---- strahlend weiße Zähne (Bleaching)

---- Parodontosebehandlung mit Laserung

---- Implantate

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe einverstanden? Ja / Nein

**!!! Aktuell bieten wir Ihnen eine kostenfreie Terminerinnerung per SMS an !!**

**Sind Sie damit einverstanden?** Ja/ Nein

**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?**

**Bitte wenden !!**

## **SPEZIELLE ANAMNESE**

1. Haben Sie Probleme mit den Zähnen?  
(Schmerzen, Empfindlichkeiten bei heiß/kalt, auf Druck-stechend/dumpf...)
2. Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch?  
(„Bluten: lokal, generell? schlechter Geschmack?“ )
3. Haben Sie Probleme mit den Kiefergelenken?  
(Knacken, Reiben, Schmerz: scharf/spitz, wann? )
4. Haben Sie Probleme mit Kopfschmerzen, mit der Kopfmuskulatur?  
- meist einseitiger Kopfschmerz
5. Welche Probleme haben Sie mit dem Nacken, den Schultern, der Brustwirbelsäule, dem Rücken, den Hüftgelenken?
6. Tinnitus
7. Gleichgewichtsprobleme
8. Schmerzen in der Ohrregion/ Druckausgleich im Ohr

Ich bin damit einverstanden, dass mir, falls notwendig, eine Lokalanästhesie gegeben wird(örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (Taubheitsgefühl, Kribbeln). Die Irritationen verschwinden in aller Regel wieder. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung die aktive Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen kann.

**Ich habe den Anamnesebogen gelesen und verstanden.**

**Reservierte Termine sind unbedingt 24h vorher abzusagen, ansonsten müssen wir Ihnen die Ausfallzeiten in Rechnung stellen.**

**Datum:**

**Unterschrift Zahlungspflichtiger  
Unterschrift Erziehungsberechtigter  
Unterschrift 18-Jähriger**