

## Behandlungsaufklärung

**Bitte erst durchlesen, nach der Besprechung mit dem Arzt unterschreiben**

für das Kind: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Um Ihr Kind behandeln zu können benötigen wir eine Behandlungseinwilligung. Bitte lesen Sie das folgende genau durch. Wenn Sie fragen haben, besprechen wir diese gerne mit Ihnen.

Hiermit ermächtigen wir, die Zahnärztinnen \_\_\_\_\_ ihre Zahnassistenten ggf. ihre Vertretung, unter Mitarbeit der Zahnärzthelferinnen, zahnärztliche und/oder zahnchirurgische Behandlungen an meinem Kind, einschließlich dem Gebrauch von notwendiger oder empfehlenswerter Lokalanästhesie, Röntgen- oder sonstiger Diagnostik durchzuführen.

Allgemeinverständlich ausgedrückt kann die zahnärztliche Behandlung folgendes umfassen:

- a) Zahnreinigung / Prophylaxe
- b) Fissurenversiegelung der Backenzähne
- c) Behandlung von erkrankten oder verletzten Zähnen mit Füllungen oder pädiatrischen Kinderkronen
- d) Platzhalter für fehlende Zähne
- e) Extraktionen (Entfernen) von einem oder mehreren Zähnen
- f) Behandlung von erkranktem oder verletztem Mundgewebe
- g) Behandlung von Zahnfehlstellungen und/oder Entwicklungsstörungen
- h) Anwendung von Beruhigungsmitteln, um Angst oder unkooperatives Verhalten zu mildern (Dormicum und/oder Lachgas/ Sauerstoff)
- i) Vollnarkose
- j) Sonstiges: \_\_\_\_\_

Die Behandlung ist mir ausführlich erläutert worden. Sofern ich Fragen hatte, wurden mir diese zufriedenstellend beantwortet.

Mit zahnärztlichen und zahnchirurgischen Behandlungen sind bestimmte Risiken verbunden, wengleich deren Vorkommen **sehr selten** sind.

Risiken sind: Taubheitsgefühl, Infektion, Schwellung, Blutung, Prellung, Übelkeit, Erbrechen, allergische Reaktionen.

**Extrem selten** können auch Gehirnschädigungen, Lähmungen und Narben auftreten.

Ich verstehe und akzeptiere weiterhin, dass **äußerst seltene** Komplikationen die Einlieferung in ein Krankenhaus erforderlich machen und sogar zum Tode führen können.

Ich habe diese Behandlungsaufklärung gelesen und verstanden. Ich verstehe auch, dass ich das Recht habe Fragen zu stellen, die sich mir während der Behandlung ergeben.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift/ Mutter

Ort/Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift/ Vater

Ich bin damit einverstanden, dass Röntgenbilder und klinische Fotos zu Fortbildungszwecken genutzt werden können.

Diese Röntgenbilder und Fotos sind der Öffentlichkeit nicht zugänglich sondern können nur aus ärztlichen Fortbildungen zur Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal verwendet werden. Name und Person Ihres Kindes bleiben anonym.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift