

### **PATIENTENMERKBLATT ZUM VERHALTEN BEI ZAHNÄRZTLICH CHIRURGISCHEN EINGRIFFEN**

**Ihre Mitarbeit ist wichtig für einen guten Heilungsverlauf.  
Beachten Sie bitte folgendes:**

- 1) Für ca. drei Tage Ruhe einplanen, körperliche Anstrengungen vermeiden (ggf. Arbeitgeber informieren)**
- 2) Nach dem Eingriff nicht selbst Auto fahren (ggf. Begleitperson mitbringen)**
- 3) Für einen Tag Wundgebiet nach dem Eingriff von außen gut kühlen (Kühlpackungen bereitlegen)**
- 4) Für drei Tage nach dem Eingriff nicht rauchen**
- 5) Einen Tag vor und einen Tag nach dem Eingriff keinen Alkohol trinken**
- 6) Medikamente (z.B. Schmerzmittel und Antibiotika) gemäß Anweisung einnehmen**
- 7) Nach dem Eingriff weiche Kost (möglichst jedoch nicht Quark, Joghurt oder Dickmilch) bevorzugen**
- 8) Mundhygiene ist am Tag nach der Operation sehr wichtig. Dazu Zähne wieder vorsichtig putzen**
- 9) Blutgeschmack innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Operation ist völlig normal. Echte Nachblutungen sind selten! Im Bedarfsfall beißen Sie im Bereich der Wunde für 30 Minuten auf ein Stück Stoff (z.B. Taschentuch). Meist kommt eine leichtere Blutung dann zur Ruhe.**

**Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich an unser Praxisteam.**

### **EINWILLIGUNG IN ZAHNÄRZTLICH CHIRURGISCHEN EINGRIFF**

Vorgesehene Maßnahme:

-----  
-----  
-----

Ich wurde darüber unterrichtet, dass die o.g. Maßnahme bei mir durchgeführt werden soll. Über Art, Zweck und Hergang des Eingriffs sowie über seine wesentlichen Vor- und Nachteile und Risiken, auch im Vergleich zu anderen Methoden und zum Unterlassen des Eingriffs wurde ich mündlich informiert. Mir ist bekannt, dass sich unter Umständen erst während des Eingriffs eine Erweiterung oder Änderung der geplanten Maßnahme als notwendig herausstellen kann. Ich bin auch auf mögliche Komplikationen in der Zeit nach dem Eingriff hingewiesen worden. Entzündungen und Nachblutungen stellen seltene allgemeine Komplikationsmöglichkeiten dar. Gefühlsstörungen im Bereich der Unterlippe und der Zunge bei Eingriffen im Unterkiefer, sowie Eröffnung der Kieferhöhle bei Eingriffen im Oberkiefer gelten als spezielle Risiken.

Besondere Probleme bei mir kamen ausführlich zur Sprache:

-----  
-----

Meine Fragen wurden beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung widerrufen kann.

Ich erkläre mich mit der vorgesehenen Maßnahme und Methode sowie mit erforderlichen Erweiterungen und Änderungen einverstanden.

Ich versichere dass ich auf dem Gesundheitsfragebogen alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Über das erforderliche Verhalten vor und nach dem Eingriff wurde ich mündlich belehrt.

Uelzen, den

-----

-----  
Patient/Eltern/gesetzlicher Vertreter

-----  
Zahnarzt