

Zentrum für Kinder- und Jugendzahnheilkunde im Joho
Dr. med. dent. Christine Anger & ZÄ. Mirella Schumann
Kölustr. 54 – 53111 Bonn

Fon: 0228/41027678 – Fax: 0228/41027679

Behandlungseinverständniserklärung

Bitte erst durchlesen, danach unterschreiben

Für das Kind: _____
geb. _____

Um Ihr Kind behandeln zu können benötigen wir eine Behandlungseinwilligung.

Bitte lesen Sie diese Aufklärung genau durch. Wenn Sie Fragen haben, besprechen wir dieses gerne mit Ihnen.

Hiermit ermächtige/n ich/wir, die Zahnärztinnen Dr. med. dent. Christine Anger und med. dent. Mirella Schumann, ggf. ihre Vertretung, unter Mitarbeit der Zahnarzhelferinnen, 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 und Kinderprophylaxe
- b) Fissurenversiegelung der Backenzähne
- c) Behandlung von erkrankten oder verletzten Zähnen mit Füllungen oder pädiatrischen Kinderkronen
- d) Platzhalter für fehlende Zähne
- e) Extraktionen 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

Die Behandlung wird mir ausführlich erläutert.

Mit zahnärztlichen und zahnchirurgischen Behandlungen sind bestimmte Risiken verbunden, wenngleich 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: _____

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. Namen und Person Ihres Kindes bleiben anonym.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____