



Zahnärztin
Dr. Andrea Geiser

Hindenlangstraße 1b
37269 Eschwege

Tel: 05651-70071
Fax: 05651-70060

Pat.: _____

geb.: _____

Lokalanästhesie beim Zahnarzt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

bei zahnmedizinischen Eingriffen stehen uns verschiedene Möglichkeiten für die Schmerzausschaltung zur Verfügung. Im Folgenden einige Erläuterungen zur Anästhesie, die Vor- und Nachteile, sowie mögliche Nebenwirkungen bzw. Komplikationen:

1. Oberflächenanästhesie

Bei der Oberflächenanästhesie wird ein örtliches Betäubungsmittel direkt auf die Mundschleimhaut aufgetragen (z.B. als Spray, Gel oder Lösung). Dabei wird der Einstichschmerz verringert.

2. Infiltrationsanästhesie

Bei der Infiltrationsanästhesie wird das Betäubungsmittel direkt im Bereich der Umschlagfalte zur Wange oder Lippe eingespritzt. Hier erfolgt eine Schmerzausschaltung von 1-2 benachbarten Zähnen im Oberkiefer sowie im Unterkiefer.

3. Intraligamentäre Anästhesie

Diese Art der Betäubung wird bei kurz andauernden Behandlungen an einem oder wenigen Zähnen angewendet. Dabei wird eine geringe Menge des Betäubungsmittels (direkt in den Zahnhalteapparat) des zu behandelnden Zahnes eingespritzt. Die Intraligamentäre Anästhesie kann nicht für jeden Zahn zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Ggf. fallen ca. 7,60€ Privatleistung pro Zahn an.

4. Leitungsanästhesie

Bei dieser Anästhesiemethode wird das Betäubungsmittel in der Nähe des großen Unterkiefer nervens eingespritzt. Dadurch wird die Schmerzempfindung des betäubten Nervens für längere Zeit unterbrochen oder stark herabgesetzt. Das Gefühl sowie die Beweglichkeit im Bereich der Wangen und Lippen ist ebenfalls vorübergehend eingeschränkt. Eine vollständige Schmerzausschaltung ist nur so im Unterkiefer zu erreichen.

Einwilligung

Ablehnung

Leider gelingt es nicht immer, mit dem geplanten Betäubungsverfahren eine ausreichende Schmerzausschaltung zu erzielen, so dass in manchen Fällen ggf. nachgespritzt oder eine zusätzliche Anästhesiemethode hinzugezogen werden muss.

Ist mit Komplikationen zu rechnen?

In der Regel wird die Betäubung gut vertragen. Trotz aller Sorgfalt kann es dennoch vereinzelt zu Störungen kommen, die von der vorgesehenen Behandlung selbst, aber auch von der Betäubung herrühren können. Zu nennen sind:

- gelegentlich **leichte Blutungen, Blutergüsse, Verletzungen an Schleimhaut, Zunge** und seltener an **Knochengewebe** im Bereich der Einstichstellen. Dazu gehören Kribbeln und Taubheitsgefühl
- **Blutungen** und **Einblutungen** ins Gewebe
- selten eine **Schädigung von Nerven (besonders im Unterkiefer)**
- in seltenen Fällen sind ebenfalls bleibende Missempfindung (Taubheitsgefühl) möglich (**besonders im Unterkiefer**)
- Infektionen, sowie **Kieferklemme**

- gelegentlich **Kreislaufreaktionen**
- selten leichtere **allergische Reaktionen**
- äußerst selten **Unruhe, Übelkeit und Krämpfe**
- **Verschlucken** oder **Einatmen** von Fremdkörpern

• **Worauf ist zu achten?**

- Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit und Straßenverkehrstauglichkeit durch die Betäubung
- Bis zum vollständigen Abklingen der Betäubung bitte nichts essen und keine heißen Getränke zu sich nehmen (Verbrühungsgefahr)

Benachrichtigen Sie uns bitte umgehend, falls starke Schmerzzustände, stärkere Schwellungen, hohes Fieber oder anhaltende Nachblutungen auftreten.

Bitte informieren Sie uns vor jeder Behandlung über Veränderungen in Ihrem Gesundheitszustand/dem Ihres Kindes.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Über das vorgesehene Betäubungsverfahren hat mich/uns die Ärztin _____ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte(n) ich/wir alle mir/uns wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Verfahrens, über die speziellen Risiken und möglichen Komplikationen sowie über ergänzende Maßnahmen (z.B. zusätzliche Lokalanästhesie, Übergang zur Leitungsanästhesie) stellen.

Ich/Wir habe(n) **keine weiteren Fragen**, fühle(n) mich/uns genügend informiert und **willige(n)** hiermit **nach angemessener Bedenkzeit** in das Betäubungsverfahren für den geplanten zahnärztlichen Eingriff ein. Mit einer eventuell notwendigen Änderung des Betäubungsverfahrens bin ich/sind wir ebenfalls einverstanden.

Die **Verhaltenshinweise** habe(n) ich/wir verstanden und werde(n) sie beachten. Bei Gesundheitsstörungen werde (n) ich/wir sofort den Arzt verständigen.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern

Unterschrift Zahnärztin

ABLEHNUNG

Das vorgeschlagene Betäubungsverfahren wurde nach ausführlicher Aufklärung abgelehnt. Es wurde darüber informiert, dass viele Behandlungsmaßnahmen (z.B. Zahnextraktionen) nicht ohne ein Betäubungsverfahren auskommen.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift Zahnärztin

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern/ggf. des Zeugen

Eine Kopie dieses Schreibens habe ich erhalten.