



Extracție dentară și rezecție apicală

Informare și consimțământ pentru intervenții chirurgicale

Dental Aesthetics · Doctor medic Claudius-Horatius Moldovan · Simonstraße 3, 33106 Paderborn-Elsen · Versiune: 03.10.2026
Traducere în limba română a formularului german. În caz de dubiu, prevalează versiunea în limba germană.

Pe scurt, cel mai important

Acest formular pregătește discuția cu medicul stomatolog. Nu o înlocuiește. Vă rugăm să îl citiți în liniște și să vă notați întrebările.

Intervenția se face cu **anestezie locală**. Dumneavoastră decideți dacă vă dați consimțământul. Îl puteți retrage oricând.

1. Pacientă / pacient și intervenția planificată

Prenume și nume: _____

Data nașterii: _____ Reprezentant legal (dacă există): _____

☐ **Extracție dentară**

☐ **Extracție chirurgicală** (osteotomie): dintele este descoperit; pentru aceasta se desprinde gingia și, dacă este nevoie, puțin os.

☐ **Rezecție apicală**: vârful inflammat al rădăcinii se îndepărtează printr-un acces mic în osul maxilar, iar canalul radicular se închide din acel loc.

Dintele / dinții: _____

2. Riscuri și complicații posibile

- Umflătură, vânătăie, dureri la nivelul plăgii și deschidere limitată a gurii în primele zile
- Sângerare ulterioară
- Infecția plăgii, inflamația alveolei goale, vindecare întârziată
- Lezarea unui nerv din mandibulă sau a nervului lingual: amorțeală sau furnicături la buză, bărbie, limbă sau dinți, tulburări de gust – de obicei trecătoare, în cazuri rare permanente. Riscul este mai mare la molarii de minte inferioari.
- Fractura dintelui, rămânerea unui rest de rădăcină, foarte rar fractura maxilarului
- Lezarea dinților vecini, a obturațiilor, a coroanelor sau a lucrărilor protetice
- Deschiderea sinusului maxilar în zona laterală a maxilarului superior (comunicare oro-sinusală); aceasta trebuie apoi închisă
- La rezecția apicală: reapariția inflamației; dintele poate fi pierdut ulterior în ciuda intervenției
- Din cauza anesteziei locale: intoleranță, reacție circulatorie, vânătăie, rar iritarea unui nerv; capacitate de a conduce redusă temporar

3. Alternative

Medicul stomatolog discută cu dumneavoastră ce alternative există în cazul dumneavoastră – de exemplu păstrarea dintelui printr-un tratament de canal, așteptarea sau niciun tratament – și ce ar însemna fiecare, și le notează la punctul 6.

4. Înainte de intervenție

- Vă rugăm să ne comunicați bolile, alergiile, intoleranțele și toate medicamentele, mai ales anticoagulantele, și să ne spuneți cine este medicul dumneavoastră de familie.
- **Nu întrerupeți din proprie inițiativă medicamentele prescrise.** Dacă se modifică ceva, decid medicul care le-a prescris și medicul stomatolog.

5. După intervenție

Dacă medicul stomatolog nu vă spune altceva:

- 12 până la 24 de ore, pe cât posibil nu conduceți mașina, motocicleta sau bicicleta
- 24 de ore fără cafea, ceai negru, produse lactate, alcool și fără fumat
- 48 de ore fără sport și fără muncă fizică grea
- răciți obrazul din exterior
- nu luați analgezice cu acid acetilsalicilic (ASS, de exemplu aspirină), deoarece pot accentua sângerarea. Acest lucru nu se aplică pentru ASS prescris de medic ca tratament de durată.

În caz de sângerare puternică, umflătură care crește, febră sau amorțeală persistentă, vă rugăm să sunați la cabinet: +49 5254 65333. În afara programului: serviciul stomatologic de urgență 01805 / 98 67 00 (14 cenți/min. din rețeaua fixă germană, max. 42 cenți/min. din rețeaua mobilă).

6. Discuția de informare

Discuție în data de: _____ la ora: _____

Medicul stomatolog care a făcut informarea: _____

Aspecte speciale în cazul meu, alternative discutate și întrebările mele (se completează de medicul stomatolog):

7. Decizia mea

Medicul stomatolog a discutat personal cu mine despre intervenție, riscurile ei, alternative și comportamentul înainte și după. Am putut pune întrebări și am avut timp să decid în liniște. Îmi pot retrage consimțământul oricând, fără nicio formalitate.

☐ **Consimt** la tratamentul menționat la punctul 1, cu anestezie locală. Consimțământul include și extinderile necesare din punct de vedere medical, care apar abia în timpul intervenției și nu pot fi amânate.

☐ Doresc **să mai reflectez** înainte de a decide.

☐ **Refuz** tratamentul. Mi s-au explicat posibilele dezavantaje pentru sănătatea mea.

Copie a acestui formular: ☐ am primit ☐ nu doresc

Localitatea, data

Semnătura pacientei / pacientului

Localitatea, data

Semnătura reprezentantului legal (dacă există)

Localitatea, data

Semnătura medicului stomatolog

Informații privind protecția datelor se găsesc în „Informarea pacienților privind protecția datelor” a cabinetului. Acest formular devine parte din fișa dumneavoastră de pacient.