



Zahnentfernung und Wurzelspitzenresektion

Aufklärung und Einwilligung für chirurgische Eingriffe

Dental Aesthetics · Doctor medic Claudius-Horatius Moldovan · Simonstraße 3, 33106 Paderborn-Elsen · Stand: 03.10.2026

Das Wichtigste vorab

Dieser Bogen bereitet das Gespräch mit dem Zahnarzt vor. Er ersetzt es nicht. Bitte lesen Sie ihn in Ruhe und notieren Sie Ihre Fragen.

Der Eingriff erfolgt mit **örtlicher Betäubung**. Sie entscheiden selbst, ob Sie einwilligen. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen.

1. Patientin / Patient und geplanter Eingriff

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Gesetzliche Vertretung (falls vorhanden): _____

☐ **Zahnentfernung** (Extraktion)

☐ **Operative Zahnentfernung** (Osteotomie): Der Zahn wird freigelegt, dafür werden Zahnfleisch und, wenn nötig, etwas Knochen gelöst.

☐ **Wurzelspitzenresektion**: Die entzündete Wurzelspitze wird über einen kleinen Zugang im Kieferknochen entfernt; der Wurzelkanal wird von dort aus verschlossen.

Zahn / Zähne: _____

2. Mögliche Risiken und Komplikationen

- Schwellung, Bluterguss, Wundschmerzen und eine eingeschränkte Mundöffnung in den ersten Tagen
- Nachblutung
- Wundinfektion, Entzündung des leeren Knochenfachs, verzögerte Heilung
- Schädigung eines Nervs im Unterkiefer oder des Zungennervs: Taubheitsgefühl oder Kribbeln an Lippe, Kinn, Zunge oder Zähnen, Geschmacksstörung – meist vorübergehend, in seltenen Fällen dauerhaft. Das Risiko ist bei unteren Weisheitszähnen erhöht.
- Bruch des Zahns, Verbleib eines Wurzelrests, sehr selten Bruch des Kiefers
- Verletzung von Nachbarzähnen, Füllungen, Kronen oder Zahnersatz
- Eröffnung der Kieferhöhle im seitlichen Oberkiefer (Mund-Antrum-Verbindung); sie muss dann verschlossen werden
- Bei der Wurzelspitzenresektion: erneute Entzündung; der Zahn kann trotz des Eingriffs später verloren gehen
- Durch die örtliche Betäubung: Unverträglichkeit, Kreislaufreaktion, Bluterguss, selten Nervreizung; vorübergehend eingeschränkte Fahrtüchtigkeit

3. Alternativen

Welche Alternativen es in Ihrem Fall gibt – zum Beispiel Erhalt des Zahns durch eine Wurzelkanalbehandlung, Abwarten oder keine Behandlung – und was jeweils daraus folgt, bespricht der Zahnarzt mit Ihnen und trägt es unter 6 ein.

4. Vor dem Eingriff

- Bitte teilen Sie uns Erkrankungen, Allergien, Unverträglichkeiten und alle Medikamente mit, vor allem blutverdünnende Mittel, und nennen Sie Ihre Hausärztin oder Ihren Hausarzt.
- **Setzen Sie verordnete Medikamente nicht eigenmächtig ab.** Ob etwas geändert wird, entscheiden die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt und der Zahnarzt.

5. Nach dem Eingriff

Soweit der Zahnarzt Ihnen nichts anderes sagt:

- 12 bis 24 Stunden möglichst nicht selbst Auto, Motorrad oder Fahrrad fahren
- 24 Stunden kein Kaffee, kein schwarzer Tee, keine Milchprodukte, kein Alkohol, nicht rauchen
- 48 Stunden kein Sport und keine schwere körperliche Arbeit
- Die Wange von außen kühlen
- Keine Schmerzmittel mit Acetylsalicylsäure (ASS, zum Beispiel Aspirin) einnehmen, weil sie die Blutung verstärken können. Das gilt nicht für ASS, das Ihnen ärztlich dauerhaft verordnet ist.

Bei starker Nachblutung, zunehmender Schwellung, Fieber oder anhaltendem Taubheitsgefühl rufen Sie bitte die Praxis an: 05254 65333. Außerhalb der Sprechzeiten: zahnärztlicher Notdienst 01805 / 98 67 00 (14 ct/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 42 ct/Min.).

6. Aufklärungsgespräch

Gespräch am: _____ um (Uhrzeit): _____

Aufklärender Zahnarzt: _____

Besondere Hinweise für meinen Fall, besprochene Alternativen und meine Fragen (vom Zahnarzt auszufüllen):

7. Meine Entscheidung

Der Zahnarzt hat mit mir persönlich über den Eingriff, seine Risiken, die Alternativen und das Verhalten davor und danach gesprochen. Ich konnte Fragen stellen und hatte Zeit, in Ruhe zu entscheiden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit formlos widerrufen.

☐ Ich **willige** in die unter 1 genannte Behandlung mit örtlicher Betäubung **ein**. Das gilt auch für medizinisch notwendige Erweiterungen, die sich erst während des Eingriffs ergeben und keinen Aufschub dulden.

☐ Ich möchte **noch nicht entscheiden** und nehme mir Bedenkzeit.

☐ Ich **lehne** die Behandlung **ab**. Über mögliche Nachteile für meine Gesundheit wurde ich informiert.

Kopie dieses Bogens: ☐ habe ich erhalten ☐ möchte ich nicht

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung (falls vorhanden)

Ort, Datum

Unterschrift des Zahnarztes

Hinweise zum Datenschutz stehen in der „Patienteninformation zum Datenschutz“ der Praxis. Dieser Bogen wird Teil Ihrer Patientenakte.