Einverständniserklärung Wurzelkanalbehandlung	Zahnarztpraxis Heindel

Patient

Vor- und Zuname: _____ Anschrift: _____ _____ Geburtsdatum: _____	Praxisstempel

Bei Ihnen ist am _____ folgender Eingriff unter Lokalanästhesie geplant:

- Wurzelkanalbehandlung am Zahn _____.

Bei diesem Eingriff besteht die Möglichkeit folgender bekannter Komplikationen, wenn diese auch äußerst selten auftreten:

- **Komplikationen während der Wurzelkanalbehandlung**, wie Fraktur der Keramikverblendung bei Schaffung eines Zuganges zur Nervkammer, Perforation des Pulpenbodens, Obliteration der Nervkanaleingänge, Schmerzen, Fraktur des Wurzelkanalinstrumentes bei Aufbereiten des Kanals, Überinstrumentierung (Herausschieben des Instrumentes über die Wurzelspitze , Kanalperforation, v. a. bei gekrümmten Kanälen).
- **Komplikationen nach einer Wurzelbehandlung,** wie Schmerzen, Überstopfung des Wurzelfüllmaterials, Überstopfung in die Kieferhöhle oder den Mandibularkanals mit dann notwendiger chirurgischer Weiterbehandlung.
- **Zusätzliche Notizen:**
  _____
  _____
  _____

Hiermit bestätige ich die durchgeführte Aufklärung und gebe mein Einverständnis zum geplanten Eingriff.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Patient bzw. gesetzlichen Vertreter

_____ _____
Ort, Datum Aufklärender Behandler