

Aufklärung und Einwilligung zur Lokalanästhesie (örtliche Betäubung)

Um eine schmerzarme zahnärztliche Behandlung gewährleisten zu können, muss häufig eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) vorgenommen werden. Dazu wird durch eine Injektion ein Medikament (Lokalanästhetikum) in den Bereich des zu behandelnden Zahnes (in der Regel im Oberkiefer) oder des den Zahn versorgenden Nervs (in der Regel im Unterkiefer) verabreicht. Das Lokalanästhetikum führt zur vorübergehenden Ausschaltung der Schmerzempfindung. Wie jede ärztliche Behandlung ist auch die Durchführung einer Lokalanästhesie mit einigen möglichen Risiken und Nebenwirkungen für den Patienten verbunden. Es können insbesondere folgende Komplikationen auftreten:

- * Bluterguss
- * Infektionen
- * Bewegungseinschränkungen der Kaumuskulatur
- * Schädigung von Nerven (z.B. Sensibilitätsstörungen, Kribbeln, Missempfindung, kein Gefühl)
- * Allergische Reaktionen
- * Herz-Kreislaufprobleme

Die Komplikationen treten insgesamt nur sehr selten und meistens vorübergehend auf, in extrem seltenen Fällen kann die durch eine Lokalanästhesie entstandene Komplikation (Nervschädigung, Sensibilitätsstörung) jedoch auch dauerhaft bestehen bleiben.

Nach einer Lokalanästhesie sind folgende Verhaltensregeln unbedingt zu beachten:

- * **Bitte beachten Sie, dass durch Betäubungsspritzen und bestimmte Medikamente wie zum Beispiel Schmerz- und Beruhigungsmittel Ihre Reaktionsfähigkeit herabgesetzt und damit die Fahrtauglichkeit beeinträchtigt sein kann. Sie dürfen deshalb nach der Behandlung kein Fahrzeug führen, gefahrgeneigte Tätigkeiten ausführen oder die verantwortliche Aufsicht über betreuungsbedürftige Personen ausüben.**
- * **Solange die Wirkung der Lokalanästhesie besteht (meist 2-3-Stunden) sollten Sie bzw. der Patient nicht essen. Durch die Wirkung der Lokalanästhesie können während des Kauens unbemerkt Verletzungen der Zunge oder Wange entstehen.**

Nachdem ich über mögliche Komplikationen und notwendige Verhaltensregeln aufgeklärt worden bin, erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei mir/meinem Kind eine Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) vorgenommen wird.

Ich wünsche bei Bedarf eine Lokalanästhesie

Ich möchte keine Lokalanästhesie, obwohl dadurch bestimmte Behandlungen **NICHT** oder möglicherweise **nicht in der wünschenswerten Qualität** durchgeführt werden können.

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
Unterschrift der / des gesetzlichen Vertreter/s