

Aufklärungsbogen zur professionellen Zahnreinigung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Aufklärungsbogen soll Sie umfassend über den bevorstehenden Eingriff informieren. Weiter werden mögliche Risiken und Folgen sowie die Erfolgsaussichten genannt, um Ihnen eine bestmögliche Vorbereitung auf das anstehende Anamnesegespräch mit Ihrem Behandler zu geben.

Bitte lesen Sie diese Patienteninformation sehr gewissenhaft, und vermerken sich etwaige verbleibende Fragen zum Behandlungsumfang, sodass wir diese besprechen und zu Ihrem Verständnis bestmöglich klären können.

Zahnärztlicher Eingriff

An bestimmten Zähnen bestehen oberflächliche Verfärbungen/weiche Beläge/Rauheiten. Aus medizinischen und/oder kosmetischen Gründen erscheint eine Beseitigung sinnvoll. Es handelt sich dabei um eine andere/ergänzende/weitergehende Maßnahme als bei der ausschließlichen Entfernung harter Beläge (Zahnstein).

Behandlungsablauf

(Schritte/Abläufe können im Einzelfall abweichen)

Zum Zeitpunkt der professionellen Zahnreinigung sollte kein Zahnstein vorhanden sein. Alle notwendigen Maßnahmen zur persönlichen Mundpflege sollten besprochen, eingeübt und täglich angewendet werden. Die Verfärbungen und weichen Beläge können mit Handinstrumenten und/oder verschiedenen maschinellen Methoden mechanisch entfernt werden. Gängige Methoden sind das „Abrütteln“ mit Ultraschallgeräten, das „feine Sandstrahlen“ mit Salz-/Pulver-Wasserstrahl-Gemischen oder das „Abschleifen“ mit feinsten Schmirgelstreifen oder -scheiben.

Wichtig ist die Entscheidung für ein möglichst schonendes Verfahren, bei dem keine oder kaum wertvolle Zahnhartsubstanz mit abgetragen wird. Solche „sanften“ Methoden können unter Umständen zeitaufwändiger sein als „aggressivere“, schnellere Techniken.

Nach der Reinigung sind die Zahnoberflächen etwas angeraut. Damit sich nicht so schnell neue Beläge und Verfärbungen anlagern können, erfolgt abschließend eine Politur. Dazu können unter anderem Polierstreifen, Polierscheiben, Gummikelche, Bürstchen und Polierpasten eingesetzt werden. Nun fühlen sich alle Zahnoberflächen wieder glatter an und sehen sauberer aus.

Behandlungsalternativen

Statt der vorgeschlagenen professionellen Zahnreinigung kommen zur Veränderung des Aussehens von Zähnen auch andere Alternativen (mit Vor- und Nachteilen) in Betracht:

- Bestimmte Flecken und Verfärbungen können durch eine Bleichbehandlung ganz oder teilweise entfernt werden. Sie ist allerdings aufwändiger und wirkt nicht in allen Fällen. Außerdem wird auch die natürliche Zahnschmelze immer mit aufgehellt. Auch eine Glättung der Oberfläche findet nicht statt, einer erneuten Verfärbung wird nicht vorgebeugt. Eine Entfernung von Belägen findet durch Bleichen natürlich nicht statt.

Deshalb sollte vorher immer ein Versuch der mechanischen Entfernung durch professionelle Zahnreinigung und Polieren stehen.

- Durch zahnfarbene Kompositaufbauten/-Veneers, Keramikveneers (Keramikverblendschalen) oder Kronen wird der eigene Zahn verdeckt und nach Belieben eine neue, glatte, gleichmäßig aussehende Oberfläche geschaffen. Dafür muss aber immer mehr oder weniger gesunde Zahnschicht (meist unter Betäubung) entfernt/abgeschliffen werden. Für oberflächliche, durch professionelle Zahnreinigung zu entfernende Beläge oder Verfärbungen wäre dies ein unverhältnismäßig starker Eingriff in die Gesundheit. Außerdem erhöht sich bei lebendigen Zähnen auch das Risiko einer Nervenschädigung. Diese zahnärztlichen/zahntechnischen Arbeiten sind sehr viel aufwändiger als eine professionelle Zahnreinigung. Auch sie stellen keine Garantie gegenüber erneuten Verfärbungen dar.

Nebenwirkungen und Komplikationen

Bei der professionellen Zahnreinigung bestehen wie bei allen (zahn-)medizinischen Behandlungen gewisse Risiken:

Häufig

- Einzelne Reinigungsmaßnahmen können als unangenehm, kitzelnd oder schmerzhaft empfunden werden.
- Gereinigte Zahnoberflächen/Zwischenräume können sich zunächst ungewohnt anfühlen.
- vorübergehende leichte Überempfindlichkeit der Zähne/Zahnhäse gegen heiße, kalte, saure, süße Reize oder Berührung
- leichte Zahnfleischrötung/-reizung/-verletzungen
- Verbleiben von einzelnen, nicht (schonend) zu entfernenden Verfärbungen
- Rückgang der Wirkung nach Tagen bis Wochen
- erneutes Auftreten von Verfärbungen/Flecken/Belägen, insbesondere bei mangelnder Pflege und/oder fortgesetztem Konsum verfärbender Nahrungs- und Genussmittel nach Tagen/Wochen/Monaten/Jahren

Selten

- allergische Reaktionen auf verwendete Materialien

Folgen einer Unterlassung der Behandlung

Sollten Sie die vorgeschlagene professionelle Zahnreinigung nicht vornehmen lassen und auch alle genannten Alternativen ablehnen, bleiben die vorhandenen Verfärbungen/Beläge bestehen. Dies kann negative Folgen für Sie haben:

- ⊖ Auflagerungen/Verfärbungen und weiche Beläge können die Bildung von Zahnstein begünstigen.
- ⊖ In weichen Belägen befinden sich Bakterien. Sie können Karies, Zahnfleischentzündungen und Zahnbetterkrankungen auslösen.
- ⊖ Verfärbungen und Beläge wirken unschön und führen zu einem älteren/kranken/ungepflegten Aussehen.

Anamnese

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte:

Allgemein

Alter _____

Größe _____

Gewicht _____

Beruf _____

Für Frauen

Nehmen Sie Kontrazeptiva (Pille)? JA NEIN

Könnten Sie schwanger sein? JA NEIN

Stillen Sie? JA NEIN

Genussmittelkonsum

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? JA NEIN

Wenn JA, was und wie viel?

Rauchen Sie? JA NEIN

Wenn JA, wie viel?

Nehmen Sie regelmäßig Betäubungsmittel? JA NEIN

Wenn JA, was und wie viel?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit Medikamente? JA NEIN

Wenn JA, welche und in welcher Dosis?

Bluttransfusion

Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion erhalten? JA NEIN

Wenn JA, kam es dabei zu Komplikationen? JA NEIN

Haben Sie vor dem jetzigen Eingriff Blut gespendet? JA NEIN

Gerinnungsstörungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Gerinnungsstörungen?

Entstehen von blauen Flecken / Nasenbluten JA NEIN

Blutarmut (Anämie) JA NEIN

Herz-/Kreislaufsystem

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Herz-/Kreislauserkrankungen?

| | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzschwäche (Herzinsuffizienz) | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Herzfehler | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Angina pectoris (Brustschmerzen) | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Herzmuskelentzündung | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Durchblutungsstörung | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Erhöhter / erniedrigter Blutdruck | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Krampfadern (Varizen) | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Thrombose / Embolie (Schlaganfall) | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Andere: | | |

Infektionskrankheiten

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Infektionskrankheiten?

| | | |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hepatitis | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose (Tbc) | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| HIV-positiv (AIDS) | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Andere: | | |

Schilddrüsenerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der genannten Schilddrüsenerkrankungen?

| | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Schilddrüsenvergrößerung / Kropf | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsen-Über-/Unterfunktion | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |

Stoffwechselerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Stoffwechselerkrankungen?

| | | |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Diabetes mellitus | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Gicht / Porphyrie | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Andere: | | |

Frühere Operationen

Kam es bei früheren Operationen zu folgenden Komplikationen?

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Verstärkte Blutung | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Abszesse / Eiterungen / Fisteln | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Verzögerte Heilung | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Verstärkte Narbenbildung | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Thrombose / Embolien | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Besonderheiten: | | |

Erklärung der Patientin / des Patienten

- Einwilligung Ablehnung
- Nach dem Aufklärungsgespräch fühle ich mich voll informiert und aufgeklärt. Meine Fragen, insbesondere über die Art des Eingriffs, seine Vor- und Nachteile und die Alternativen wurden ausreichend beantwortet und mögliche Komplikationen besprochen.
- Ich willige nach reiflicher Überlegung in den vorgesehen Eingriff ein sowie in Änderungen und Erweiterungen des Verfahrens, wenn diese während des Eingriffs notwendig oder geraten erscheinen. Mit Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.
- Die Fragen zu den Vorerkrankungen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Die Verhaltenshinweise werde ich befolgen.
- Ich habe die mitgeteilten Einschränkungen zur Verkehrstauglichkeit zur Kenntnis genommen und werde sie beachten.
- Mein Arzt hat mich intensiv und unmissverständlich über die möglichen Folgen einer Verweigerung aufgeklärt. Ich lehne den Eingriff trotzdem strikt ab!

Daten zur Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____._____._____

Anschrift: _____

Unterschrift des Patienten / des Entscheidungsberechtigten

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: _____ Frankfurt am Main

Unterschrift des behandelnden Arztes: Dr. med. dent. Thomas Dobbertin

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: _____ Frankfurt am Main

Dr. med. dent. Thomas Dobbertin

Zahnarzt / Zahntechniker

Eschersheimer Landstraße 34

60322 Frankfurt/M

Tel. 069-955 30 255

Fax. 069-955 30 256

[www. zahnpraxis-frankfurt.de](http://www.zahnpraxis-frankfurt.de)

Datum des geplanten Eingriffs: ____ . ____ . ____