

## Aufklärungsbogen zum Zahn-Bleaching

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

- Der Zahn/die Zähne \_\_\_\_\_ weist/weisen Abdunkelungen im Vergleich mit anderen/Verfärbungen auf.
- Die Zähne \_\_\_\_\_ im Oberkiefer/im Unterkiefer erscheinen Ihnen insgesamt zu dunkel.

Eine zahnärztliche Aufhellungsbehandlung (Bleichen) kann zur Verbesserung des Aussehens der Zähne führen.

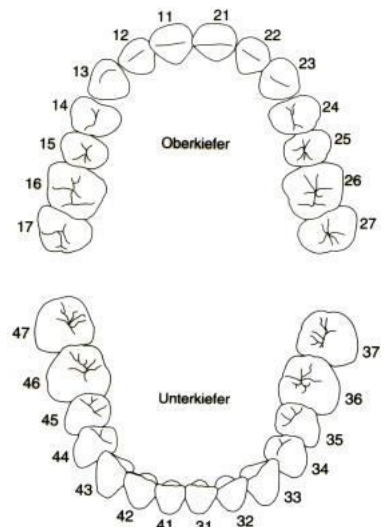
### Behandlungsablauf der zahnärztlichen Zahnaufhellung

*(Abläufe können im Einzelfall abweichen)*

Vor dem Aufhellen werden oberflächliche Verfärbungen und Beläge durch gründliche Reinigung und Politur entfernt. Die gegenwärtige und angestrebte Wirkung/Farbstufe wird festgehalten. Nach vorbereitenden Maßnahmen lässt man das Bleichmittel (meist Wasserstoff[su]peroxyd) einwirken. Im Verlauf des Aufhellens werden regelmäßig Kontrollen durchgeführt, um die erreichte Wirkung zu überwachen. Manchmal bleicht man etwas stärker als notwendig (leichtes Überbleichen), um einen Rückgang der Wirkung innerhalb der ersten Zeit nach der Behandlung auszugleichen. Ist das gewünschte Erscheinungsbild erreicht, endet die Bleichbehandlung. Das Bleichmittel wird entfernt/nicht weiter angewendet. Um die etwas angegriffene Zahnschmelz-Oberfläche wieder zu stärken, können Fluoride aufgetragen werden. Vorhandene zahnfarbene Füllungen, Verblendungen von Kronen/Brücken und Prothesenzähne werden durch Bleichmittel nicht aufgehellt. Sollen auch sie farblich angepasst werden, müssen sie ausgetauscht/erneuert werden. Dafür entstehen dann zusätzliche Kosten.

Es gibt verschiedene Formen zahnärztlicher Zahnaufhellung mit jeweils unterschiedlichem Ablauf:

1. Bei nicht mehr lebendigen, erfolgreich wurzelgefüllten Zähnen kann eine Aufhellung von innen (internes Bleichen) erfolgen. Der Zahn wird dazu aufgebohrt, von innen wird eine kleine Höhlung geschaffen. Die Wurzelfüllung wird mit einer kleinen Füllung abgedeckt. Die Höhlung wird nun mit einem stark wirksamen Bleichmittel (meist Paste/Gel) gefüllt und dicht verschlossen. Die Einwirkzeit beträgt – je nach Ausmaß der vorliegenden Verfärbung/Abdunkelung – Stunden bis Tage.
2. Bei lebendigen Zähnen wird immer eine Aufhellung von außen (externes Bleichen) durchgeführt. Nach dem Ort der Aufhellung lassen sich In-office-Methoden (in der



Praxis) und Home-Bleaching (zu Hause) unterscheiden, außerdem schnellere Methoden (Power-Bleaching) von allmählicheren Verfahren.

3. Die Wirkung des Bleichmittels soll jeweils auf bestimmte Zahnoberflächen begrenzt, ein Abfließen verhindert und Zahnfleisch und Mundschleimhaut geschützt werden.
4. Ein Abdruck des ganzen Kiefers ist erforderlich, um im Labor auf einem Gipsmodell eine Schiene aus weichem Kunststoff herstellen zu können. Darin werden kleine Kammern für das Bleichmittel eingearbeitet.
5. Wird ausschließlich in der Praxis gebleicht, kann die Umgebung der aufzuhellenden Zähne beispielsweise mit Abdecktüchern aus Gummi (Kofferdamm) und Abdeckpasten geschützt werden.

### **Behandlungsalternativen**

Statt der vorgeschlagenen professionellen Zahnaufhellung kommen zur Veränderung des Aussehens von Zähnen auch andere Alternativen (mit Vor- und Nachteilen) in Betracht: Käufliche Produkte zum Bleichen aus Drogerien oder Apotheken haben meist deutlich geringere Wirkung.

Daneben bestehen weitere Behandlungsalternativen. Sie sind mit nicht umkehrbarem Verlust von Zahnschubstanz, damit einhergehenden höheren Risiken und deutlich höheren Kosten verbunden.

- Zahnfarbene Kompositaufbauten/-veneers (Kunststoffmaterial mit Keramik-Füllkörpern) lassen sich im direkten Verfahren in einer Sitzung anfertigen, indirekte Kompositveneers benötigen mindestens zwei Sitzungen. Sie sind optisch unauffällig, verschiedenste Farbschattierungen erreichbar. Hartnäckige Flecken/dunkle Flächen, die sich nicht bleichen lassen, können mit undurchsichtigeren Massen abgedeckt werden. Gleichzeitig können Formveränderungen/-ergänzungen vorgenommen werden. Auch zur bloßen Farbveränderung ist fast immer ein Abtragen von gesunder Zahnschubstanz in geringerem oder größerem Ausmaß erforderlich. Dadurch besteht ein Risiko der Nerv-Schädigung. Voraussetzung für erfolgreiche Kompositaufbauten/-veneers ist die Möglichkeit, den betreffenden Zahn vollständig trockenulegen. Kleinste Feuchtigkeitsspuren verursachen deshalb Undichtigkeiten. Der Kunststoffanteil macht das Material zwar geschmeidig, vermindert aber langfristig die Stabilität. Langfristig werden Komposite abgenutzt, Oberfläche und Ränder verändern sich durch Wärme/Kälte, Kauen und Nahrungsmittel. Verfärbungen können entstehen.
- Keramikveneers (Keramikverblendschalen) benötigen meist mindestens zwei Sitzungen. Sie sind optisch unauffällig, verschiedenste Farbschattierungen sind erreichbar. Hartnäckige Flecken und sehr dunkle Flächen, die sich nicht bleichen lassen, können mit undurchsichtigeren Massen abgedeckt werden. Gleichzeitig können Formveränderungen/-ergänzungen vorgenommen werden. Das Keramikmaterial verfärbt sich nicht und verschleißt kaum. Farb- und Formänderungen durch Keramikveneers sind also sehr dauerhaft. Zur reinen Farbveränderung muss jedoch meist gesunde Zahnschubstanz in geringerem oder größerem Ausmaß abgetragen werden. Dadurch besteht ein Risiko der Nerv-Schädigung. Voraussetzung für erfolgreiche Keramikveneers ist die Möglichkeit, den betreffenden Zahn vollständig trockenulegen. Kleinste Feuchtigkeitsspuren verursachen deshalb Undichtigkeiten. Undichte Klebefugen können sich verfärben.
- Durch Kronen werden Zähne vollständig abgedeckt. Mit Hilfe zahnfarbener Keramikverblendungen lässt sich dauerhaft eine beliebige neue Zahnfarbe erzielen.

---

Gleichzeitig können Formveränderungen/-ergänzungen vorgenommen werden. Die Zähne sind gut abgedichtet und durch ringförmige Umfassung gegen Abbrechen von Zahnteilen stabilisiert. Allerdings muss recht viel gesunde Zahnschmelzsubstanz (meist unter Betäubung) entfernt/abgeschliffen werden. Damit erhöht sich bei lebendigen Zähnen auch das Risiko einer Nerv-Schädigung.

In Ihrem Fall kommen folgende Behandlungsalternativen in Betracht:

---

---

### **Nebenwirkungen und Komplikationen**

#### Häufig

- vorübergehend etwas weichere/anfälligere Zahnschmelzoberfläche
- vorübergehend verstärkte Neigung zu Verfärbungen
- vorübergehende leichte Überempfindlichkeit der Zähne/Zahnhäse gegen heiße, kalte, saure, süße Reize oder Berührung
- leichte Zahnfleischrötung/-reizung
- Verminderung der Vielfalt von Farbtönen/Helligkeitsstufen von Zähnen. Sie können lebloser wirken
- leichter Rückgang der Wirkung nach Tagen bis Wochen

#### Manchmal

- Überbleichen, stärkerer Bleicheffekt als gewünscht
- zu geringe Bleichwirkung, bestimmte Verfärbungen/Grautöne/Abdunkelungen bleiben bestehen
- ungleichmäßige Bleichwirkung an verschiedenen Zähnen/Zahnoberflächen
- relativ dunklere Wirkung vor dem Bleichen vorhandener, nicht erneuerter Kronen/Füllungen
- Rückkehr der ursprünglichen Zahnfarbe/deutliche Abnahme der Bleichwirkung nach Monaten/Jahren

#### Selten

- allergische Reaktionen auf verwendete Materialien

---

## 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-/Kreislaufferkrankungen?  
Herzschwäche (Herzinsuffizienz) JA  NEIN   
Herzfehler JA  NEIN   
Angina pectoris (Brustschmerzen) JA  NEIN

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 vorgesehenen 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

Datum des geplanten Eingriffs: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_