

## Aufklärung über zahnärztliche Lokalanästhesie

Patientendaten:

Name.....Vorname/n.....geb.....

Straße, Nr.....PLZ, Wohnort.....

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z. B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

### **Hämatom (Bluterguss):**

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen, kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt bei entsprechenden Beschwerden informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

### **Nervschädigung:**

Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungen- oder Unterkieferhälfte sowie die Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie bitte umgehend Ihren Zahnarzt.

### **Verkehrstüchtigkeit:**

Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie die lokale Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

### **Selbstverletzung:**

Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z. B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

## **Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie**

Die Aufklärung habe ich verstanden.

Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ort, Datum.....Unterschrift Patient.....

(ggf. gesetzlicher Vertreter)

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten  
gemäß Artikel 6, Absatz 1 B a & Artikel 7, DSGVO

### Halbjährlicher Erinnerungsservice (Recall) Kurzfristige Terminerinnerung (Telefonisch oder per SMS)

Sehr geehrte[r] Patient(in), sehr geehrte[r] gesetzliche[r] Patientenvertreter[in],  
sofern Sie eine Teilnahme am Terminerinnerungsservice unserer Praxis  
Dr. Wolfram Kuiff, Verlautenheidener Str. 104, 52080 Aachen für sich / für den  
von Ihnen vertretenen Patienten wünschen, benötigen wir zur diesbezüglichen  
Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten / der personenbezo-  
genen Daten des von Ihnen zu vertretenden Patienten eine schriftliche  
Einwilligungserklärung von Ihnen.

---

Name, Vorname (Patient)

---

Name, Vorname (gesetzlicher Vertreter)

Ich willige in die Nutzung

- meiner personenbezogenen Daten  
 der personenbezogenen Daten des von mir zu vertretenden Patienten

zur Teilnahme am Terminerinnerungsservice ein.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit  
schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3,  
DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die  
Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten  
Verarbeitung nicht berührt (Art. 7, Abs. 3 Satz 2, DSGVO).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient

---

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

# Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe an den Folgebehandler

---

Name, Vorname

Geb.- Datum

Telefon

Ich erteile mein Einverständnis zu Informationsweitergabe an den Folgebehandler:

.....

Ich bin damit einverstanden, das meine Daten, Befunde, Röntgenbilder und Arztbriefe zum aktuellen Behandlungsfall elektronisch übermittelt werden dürfen (z. B. per Fax oder als verschlüsselte E-Mail)

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in