

Sehr geehrte(r) Frau/Herr \_\_\_\_\_

Aufgrund einer \_\_\_\_\_ am Zahn \_\_\_\_\_ wird eine Wurzelkanalbehandlung empfohlen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei mir / meinem Kind / meinem Mündel eine Wurzelkanalbehandlung durchgeführt wird, nachdem ich im Rahmen der zahnärztlichen Aufklärungspflicht über den normalen Behandlungsablauf und den dafür erforderlichen zeitlichen Aufwand, über mögliche Komplikationen und Risiken, die auch bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt auftreten können, insbesondere

- *Beschwerden am behandelten Zahn, auch während oder nach der Behandlung*
- *Auftreten von Schwellungen*
- *Perforation des Wurzelkanals/der Furkation*
- *Bruch der feinen Wurzelkanalinstrumente im Kanal*
- *Überstopfung des Wurzelkanalfüllmaterials (ggf. in Kieferhöhle/Canalis mandibularis)*
- *Blasen/Imperfektionen, die eine Erneuerung der Wurzelfüllung erforderlich machen*
- *Allergien auf Wurzelkanalfüllmaterialien*

über mögliche nachteilige Folgen, wenn die Behandlung unterbleibt, d.h.

*anhaltender Schmerz, Ausweitung der Entzündung auf den Kieferknochen, Abszedierung*

sowie über weitere therapeutische Konsequenzen eingehend aufgeklärt worden bin. Weitergehende Fragen meinerseits bestehen nicht mehr.

Fragen nach der zu erwartenden Lebensdauer eines wurzelkanalbehandelten Zahnes und der Erfolgchancen der Therapie wurden hinreichend beantwortet.

Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die **Wurzelkanalbehandlung stets nur ein Versuch des Zahnerhaltes** darstellt und dass eine Gewähr für den Eintritt des gewünschten Erfolgs nicht übernommen werden kann.

Therapeutische Alternativen zur Wurzelkanalbehandlung, wie die Extraktion des Zahns, Wurzelspitzenresektion sind mir ebenfalls erläutert worden.