



Aufklärungsbogen und Einverständniserklärung zur Leitungsanästhesie

Name, Vorname

Geburtsdatum

Pat-Nr.

Um die geplante zahnärztliche Behandlung so weit möglich schmerzfrei durchführen zu können, ist eine **Leitungsanästhesie** erforderlich.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass bei mir / meinem Kind eine **Leitungsanästhesie** durchgeführt wird und wurde im Rahmen der Aufklärungspflicht über mögliche Komplikationen und Risiken sowie mögliche nachteilige Folgen aufgeklärt, insbesondere:

- ❖ **Verletzungen des Unterkiefernerfs** (N. alveolaris inferior) mit meist vorübergehenden, sehr selten dauerhaften Gefühlsstörungen wie z.B. (starkem) Taubheitsgefühl oder Geschmacksstörungen
- ❖ **Verletzungen des Zungennervs** (N. lingualis) mit meist vorübergehenden, sehr selten dauerhaften Gefühlsstörungen wie z.B. (starkem) Taubheitsgefühl oder Geschmacksstörungen im Bereich der betreffenden Zungenhälfte mit entsprechenden Beeinträchtigungen beim Sprechen, bei der Nahrungsaufnahme, oder Ähnlichem.
- ❖ Kanülenbruch, Verletzungen des Gesichtsnervs (N. facialis), Bildung eines Hämatoms

Weiterführende Fragen meinerseits bestehen nicht mehr.

Arnschwang, den

Datum

Unterschrift Patient

Datum

Unterschrift Patient

behandelnder Zahnarzt

Datum

Unterschrift Patient