## Zahnarztpraxis & Praxisdentallabor Dr. Wertmann

Dr. F. **Wertmann** M.Sc. in Oral Implantology Behlertstr. 3a Haus B1

14467 Potsdam

direkter Zugang

über die **Berliner Str. 135** Tel.: 0331 - 817 00 10

www.zahnimplantate-potsdam.de

info@zahnimplantate-potsdam.de



## Aufklärung Wurzelkanalbehandlung

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

der Zahn \_\_\_\_\_\_ zeigt eine Entzündung, Schmerzsymptomatik oder eine unvollständige Wurzelfüllung. Nur eine Wurzelkanalbehandlung bzw. Erneuerung der Wurzelfüllung bietet die Möglichkeit, diesen Zahn zu erhalten. Dabei wird der Wurzelkanal, bei Bedarf unter örtlicher Betäubung, zuerst gesäubert und anschließend dicht gefüllt. Während der Behandlung wird mithilfe der Röntgenaufnahmen die Länge des Wurzelkanals und die korrekte Länge der Wurzelfüllung kontrolliert. Sollten mehrere Behandlungssitzungen notwendig sein, wird der Zahn in der Zwischenzeit mit einer medikamentösen Einlage versorgt.

Trotz größter Sorgfalt kann es selten zu Zwischenfällen kommen, die zum Verlust des Zahnes führen oder eine chirurgische Entfernung der Wurzelspitze erforderlich machen:

- Durchbohrung des Zahns im Wurzelbereich.
- Abbrechen von Instrumenten im Wurzelkanal.
- Austreten von Spüllösungen über die Wurzelspitze.
- Austreten von Füllmaterial über die Wurzelspitze hinaus.

Durch die Wurzelkanalbehandlung treten vereinzelt nach der Behandlung noch Beschwerden auf, die die Einnahme von Schmerzmitteln oder Antibiotika erfordern.

Wir weisen Sie darauf hin, dass ein wurzelkanalbehandelter Zahn bruchempfindlich ist und unverzüglich mit einer stabilen Restauration weiter zu versorgen ist. Geschieht dies nicht, kann er ungünstig zerbrechen, sodass er nicht zu erhalten ist, oder es kann bei Defekt der Füllung zu einer erneuten Infektion des Kanalsystems kommen. Häufig ist zur stabilen Restauration eine Überkronung und ggf. ein Wurzelstift zur Verankerung erforderlich.

Je nach Aufwand und Indikation kann eine Zuzahlung zu der Behandlung erforderlich sein, über die wir Sie getrennt aufklären.

## Zahnärztliche Anmerkungen:

Ort	Datum	Uhrzeit	Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt		
Einwilli	igung:				
Ort	Datum	Uhrzeit	Unterschrift Patientin/Patient/Eltern		



