



Risikoauflärung bei Nutzung kieferorthopädischer Minischrauben

Name des Patienten:

- Kieferorthopädische Minischrauben dienen als Verankerung bei Zahnbewegungen.
- Eine Betäubung erfolgt durch örtliches Einspritzen eines Anästhesiemittels. Bekannte Überempfindlichkeiten auf Ultracain D ohne Adrenalin oder ähnliche Präparate bitte angeben:
 - keine Empfindlichkeit
 - Überempfindlichkeiten sind bei _____ aufgetreten.
- Bis 2 Stunden nach Anästhesie besteht Untauglichkeit zum Führen eines Fahrzeuges.
- Trotz klinischer und röntgenologischer Kontrollen zur Schraubenpositionierung kann eine Verletzung von Zahnwurzeln auftreten. Bei während des Einsetzens festzustellender Verletzung wird die Minischraube entfernt und an einem anderen Ort neu platziert.
- Zahnverluste oder andere den Zahnerhalt betreffende Schäden wurden noch nicht festgestellt und sind in der Literatur nicht beschrieben.
- Der vorzeitige Verlust von Minischrauben ist extrem selten. Ein wesentlicher Grund für vorzeitigen Verlust ist das Manipulieren der Schraube durch den Patienten. **Es ist also strengstens darauf zu achten, dass weder mit dem Finger, der Zunge noch durch übertriebene Lippenbewegungen oder anderes der Schraubenkopf bewegt wird.**
- **Die Minischraube sollte 3x täglich etwa 2 Minuten lang mit einer 0,2 % Chlorhexamed Mundspülung gereinigt werden. Diese ist unter verschiedenen Markennamen in der Apotheke erhältlich.**
Keine Reinigung der Minischraube mit der Zahnbürste!
- Bei Verbiegen oder Lösen von Verbindungsteilen sollte eine sofortige Konsultation des Kieferorthopäden erfolgen, um Fehlbelastungen und Schäden zu vermeiden.
- Die Entfernung der Minischraube erfolgt ohne oder auf Wunsch des Patienten unter geringer lokaler Betäubung. Leichtes Druckgefühl und Blutungen bei entzündeten Schleimhautbereichen können auftreten. Für die Knochenheilung des kleinen Minischraubenkanals sind keine Komplikationen bekannt.
- Ich wurde besonders auf folgende fallbezügliche Risiken hingewiesen:

Aufklärung und Zustimmung zu obiger Behandlung

Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur Durchführung der mir erläuterten Behandlung mit kieferorthopädischen Minischrauben.

Eine Durchschrift der Risikoauflärung wurde mir ausgehändigt.

Homburg, den _____

Aufklärender Arzt

Der Patient/in/ gesetzlicher Vertreter