

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Totalprothese/Vollprothese“

Patientendaten

Praxis/Klinik/Institution

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

in einem oder beiden Kiefern sind keine Zähne mehr vorhanden. Aussehen und Funktion der Zähne sollen durch zahnärztliche Maßnahmen wiederhergestellt werden. Dazu ist eine Versorgung mit einer Vollprothese geeignet.

Befund- und Darstellungsschema



Wie ist der Behandlungsablauf bei der Versorgung mit Vollprothesen?

Reihenfolge und Ausführung von Behandlungsterminen in der Praxis und Arbeitsschritten im Dentallabor können im Einzelfall abweichen.

Zur Planung dient eine Röntgenübersichtsaufnahme der Kiefer. Manchmal muss vor der Prothesenherstellung das „Prothesenlager“ (Schleimhaut und Kieferknochen) chirurgisch verändert werden. Von Kiefern und vorhandenen Prothesen werden mit weichen Massen Vorabformungen genommen und mit Gips ausgegossen. Anhand der Gipsmodelle werden Abformlöffel ausgesucht oder hergestellt. Sie lassen sich im Mund weiter anpassen und liegen dann bei Lippen-, Zungen-, Wangen- und Kieferbewegungen drucklos ruhig auf dem Kiefer, manchmal saugen sie schon.

Bei einer neuen Abformung des zahnlosen Kiefers führen der Patient/die Patientin selbst und der Zahnarzt bei ihr/ihm Bewegungen aus, z. B. Saugen, Schlucken, Schnauben, Zunge-Herausrecken, Schmollen, Lachen, Grimassen. So können die zukünftigen Prothesenränder entsprechend der Kau-, Sprech- und Bewegungsfunktion ausgeformt werden, es ergeben sich präzise „Meistermodelle“ des zahnlosen Kiefers.

Die richtige Lagebeziehung der Kiefer wird übertragen, indem Kunststoffschablonen auf den Kiefern im Mund in die richtige „mittlere“ Position gebracht und dort „verschlüsselt“ werden, manchmal später nochmals genauer. Mit einer „Gesichtsbogenübertragung“ kann die Stellung des Oberkiefers zur Bewegungsachse der Kiefergelenke bestimmt werden.

Die Prothesenzähne sollten farblich zu vorhandenen Zähnen im Gegenkiefer passen. Sind beide Kiefer zahnlos, besteht freie Wahl. Die Modelle werden im Labor in einen „Kausimulator“ eingesetzt, um die Mundverhältnisse in Ruhe und Bewegung nachzuahmen. Zu Kiefergröße und Gesichtsform passende Prothesenzähne aus stabilem Kunststoff (selten aus Porzellan) werden ausgewählt und vorläufig in Wachs auf dem Modell aufgestellt. Aussehen, Zusammenbiss, Sprach- und Kaumöglichkeiten werden möglichst wieder hergestellt.

Bei entspanntem Lippenschluss sollten die Zähne bei Anprobe der Prothese noch ein bis zwei Millimeter Abstand haben, beim Zusammensetzen gleichzeitig auftreffen, beim Sprechen nicht klappern. Im Spiegel sollte die Prothese freundlich und natürlich

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Totalprothese/Vollprothese“

wirken. Die Mitte von Lippen, Gesicht und Prothese stimmt überein. Die Zahnreihe hat in Ruhe, beim Sprechen, Lächeln und Lachen die richtige Länge, rechte und linke Seite harmonisieren. Kleine Abweichungen lassen die Prothese oft lebensechter wirken als zu „ordentliche“ Zahnreihen. Kleine Umstellungen können oft sofort, größere bis zu einem neuen Termin umgesetzt werden.

Sind alle Anforderungen erfüllt, wird die Prothese fertig gestellt. Beim Einsetzen sollte sie nicht drücken, bei Kaubewegungen ruhig liegen. Im Oberkiefer saugt die Prothese sich oft gut fest. Oft sind weitere Anpassungen in der Folgezeit nötig.

Welche Behandlungsalternativen stehen grundsätzlich zur Verfügung?

Statt der vorgeschlagenen Versorgung mit Vollprothesen kommt alternativ auch eine Versorgung mit **Implantaten** in Betracht. **Diese Alternative hat** gegenüber der vorgeschlagenen Versorgung mit Vollprothesen **Vor- und Nachteile**:

- Mit **Implantaten** lässt sich Zahnersatz fest am Kieferknochen verankern. Der Kieferknochen wird im Laufe der Jahre langsamer abgebaut. Implantate sind jedoch sehr viel aufwändiger. Sie erfordern Betäubung und Operation und müssen Wochen bis Monate einheilen, bevor sie voll belastet werden können. Zum Erhalt von Implantaten ist dauerhaft eine perfekte Mundpflege zu erbringen. Implantatverluste durch Knochenabbau oder Entzündungen sind möglich.
- In Ihrem Fall kommen folgende Behandlungsalternativen in Betracht: _____

Welche Nebenwirkungen und Komplikationen können auftreten?

Bei der Versorgung mit Vollprothesen bestehen wie bei allen (zahn-)medizinischen Behandlungen gewisse Risiken:

Häufig

- **Druckstellen** an Prothesenrand/Prothesenfläche kurz nach Anfertigung oder später
- häufigeres **Beißen** auf Zunge oder Wange
- Verminderte **Kaukraft**
- **Abbeißen** erschwert oder nicht möglich
- anfängliches **Fremdkörpergefühl, Würgereiz**
- **Geschmacks-/Geruchsempfindung** verändert
- **vermehrter Speichelfluss**, häufiges Saugen/Schlucken erforderlich
- **verminderter Speichelfluss, Mundtrockenheit, Schleimhautbrennen**
- geringe **Haftkraft**, besonders im Unterkiefer, „Ankleben“ mit Haftmittel erforderlich
- **Beweglichkeit** der Prothese beim Kauen
- **gelegentliches Ablösen/Lockern** der Prothese beim Kauen, Gähnen, Sprechen, Lachen, Singen, Pfeifen
- **Abbau, Rückgang des Kieferknochens**, schlechtere Passung, verminderte Haftkraft im Laufe der Jahre. Es lagern sich mehr Beläge und Speisereste unter die Prothese.
- Verkürzung der Prothesenzähne durch Abnutzung, **Absenkung** der Bisshöhe
- **Abstumpfen** der Prothesenzähne durch Abnutzung, Zertrennen, Zerkauen erschwert
- Sonstiges: _____

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Totalprothese/Vollprothese“

Manchmal

- **Verfärbung** der Prothesenzähne/der Zwischenräume/des Prothesenkunststoffes im Laufe der Jahre
- **Entfärbung** des zahnfleischfarbenen Prothesenkunststoffes durch Reinigungstabletten über Jahre hinweg
- **Zahnsteinbildung**, insbesondere bei nicht ausreichender Prothesenpflege
- **Absplittern/Herausbrechen** von Prothesenzähnen, Prothesenrändern
- Auftreten von **Rissen, Sprüngen, Brüchen** der Prothese
- **Rötung** der unter der Prothese liegenden Mundschleimhaut (Prothesenstomatitis)
- **gutartige Wucherungen** der Mundschleimhaut am Prothesenrand
- Umbau von festem Kieferknochen in weiches, bewegliches Gewebe (**Schlotterkamm**)
- Sonstiges: _____

Selten

- **allergische Reaktionen** auf verwendete Materialien
- **bösartige Wucherungen** der Mundschleimhaut am Prothesenrand (wenn gutartige vernachlässigt wurden)
- Sonstiges: _____

Neben den genannten können weitere, nicht aufgeführte negative Folgen/Risiken bestehen/entstehen.

In Ihrem Fall bestehen folgende besondere Risiken: _____

Wichtige Hinweise

- ! Informieren Sie uns bitte umfassend über bestehende Erkrankungen und Allergien. Folgende Grunderkrankungen bzw. Allergien sind bekannt: _____
- ! Bei auftretenden Beschwerden, Schmerzen, Schwierigkeiten oder Fragen sollten Sie sich umgehend von Ihrer Zahnarztpraxis beraten lassen.
- ! Nur bei guter, täglicher Pflege der Vollprothese bleibt diese ansehnlich, funktionsfähig und körperverträglich.
- ! Zur Kontrolle der Prothesenpassung und des Zustandes der Mundschleimhaut sollten mindestens halbjährliche Termine zur Vorsorgeuntersuchung in der Zahnarztpraxis vereinbart werden.
- ! Vollprothesen verlieren durch natürlichen Knochenabbau im Laufe der Jahre an Halt und Passgenauigkeit. Der entstehende Spalt zwischen Prothese und Knochen sollte von Zeit zu Zeit (Monate bis Jahre) durch Auffüllen (Unterfütern) mit Kunststoff geschlossen werden. So bleibt die Prothese verwendbar, der Abbau des Kieferknochens wird verlangsamt.
- ! Ebenso wie eigene Zähne eignen sich auch Vollprothesen nicht für unnatürliche Aufgaben. Unterlassen Sie deshalb das Zerkauen von Knochen, Zerbeißen von Fäden, Abhebeln von Kronkorken mit der Prothese und Ähnliches.
- ! Gönnen Sie Ihrer Schleimhaut einmal am Tag (z. B. nachts) eine Erholungspause vom Druck der Prothese. Sie können Sie während dessen unter Wasser (Prothesenbad) aufbewahren.
- ! Sonstiges: _____

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Totalprothese/Vollprothese“

Folgen und Risiken der Unterlassung einer Behandlung

Sollten Sie die vorgeschlagene Behandlung nicht vornehmen lassen und auch die genannten Alternative ablehnen, ist folgender weiterer Krankheitsverlauf zu erwarten bzw. können sich folgende Risiken realisieren:

- Die Kiefer sind nicht korrekt gegeneinander abgestützt, Kiefergelenksbeschwerden und Schmerzen können entstehen.
- Die Aussprache ist erschwert, kann undeutlich werden.
- Ihr Kauvermögen ist stark eingeschränkt, Ernährungs- und Verdauungsprobleme können auftreten.
- Wangen und Lippen sinken ein.
- Sonstiges: _____

Kosten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die voraussichtlichen Kosten der vorgeschlagenen Behandlung entnehmen Sie bitte aus dem/der beigefügten

- Heil- und Kostenplan,
- Kostenvoranschlag,
- Mehrkostenvereinbarung.

Bitte legen Sie diese(n) Ihrer privaten und/oder gesetzlichen Krankenversicherung vor. Ihr Eigenanteil liegt bei zirka _____ €.

Ich weise darauf hin, dass durch unvorhersehbare Entwicklungen zusätzliche Kosten entstehen können.

- Für Sie entstehen bei dieser Behandlung keine Kosten.

Vermerke der Zahnärztin/des Zahnarztes zum Aufklärungsgespräch

Erörtert wurden z. B.: Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, risikoe erhöhende Besonderheiten, eventuelle Neben- und Folgeeingriffe sowie: _____

- In Ihrem Fall bestehen folgende besondere Risiken:

Bestätigung des Aufklärungsgesprächs/schriftliche Einwilligungserklärung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ein ausführliches Aufklärungsgespräch zwischen dem zahnärztlichen Behandler und mir fand am _____ statt. Im Vorfeld des Aufklärungsgesprächs wurde mir das Aufklärungs- und Dokumentationsformular zur Verfügung gestellt. Dieses habe ich gelesen und verstanden. Im Aufklärungsgespräch mit meiner Zahnärztin/meinem Zahnarzt konnte ich alle für mich wesentlichen Punkte, z. B. spezielle Risiken, mögliche Komplikationen, Therapiealternativen und Verhaltensmaßnahmen nochmals hinterfragen. Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt hat sie mir eingehend und umfassend beantwortet. Ich fühle mich gut über die Behandlung informiert. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung bis zum Beginn der Behandlung widerrufen kann.

- Das Gespräch dauerte ____ Minuten.

Aufklärungs- und Dokumentationsformular „Totalprothese/Vollprothese“

Patienteneinwilligung

- Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt, ich benötige keine weitere Überlegungsfrist.
- Ich willige in die vorgeschlagene Behandlung ein. Mit der Schmerzbetäubung, über die ich gesondert aufgeklärt wurde, notwendigen Änderungen und Erweiterungen des Vorgehens sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung widerrufen kann.
- Ich habe eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.
- Ich möchte die mir angebotene Kopie der Einwilligung nicht entgegennehmen.

Ort/Datum

Unterschrift Patient(in) / gesetzlicher Vertreter*

Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin

ggf. anwesendes Praxispersonal

Aufklärungsverzicht

Hiermit verzichte ich ausdrücklich auf eine Aufklärung im Sinne des Patientenrechtegesetzes (§ 630e Abs. 3 BGB) und willige in die Durchführung der geplanten Behandlung ein.

Ort/Datum

Unterschrift Patient(in) / gesetzlicher Vertreter*

Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin

ggf. anwesendes Praxispersonal

Ablehnung der Behandlung/Nichteinwilligung

Ich willige in die vorgeschlagene Behandlung nicht ein. Über mögliche gesundheitliche Folgen wurde ich aufgeklärt.

Ort/Datum

Unterschrift Patient(in) / gesetzlicher Vertreter*

Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin

ggf. anwesendes Praxispersonal

* Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind ist grundsätzlich die Einwilligung beider Elternteile einzuholen. Unterzeichnet ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.
Zutreffendes ist jeweils angekreuzt