



DR. CAROLIN BÖTING

Zahnarztpraxis

## **Hinweise zur Lokalanästhesie**

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Behandlung für Sie so schmerzfrei wie möglich zu gestalten, kann es je nach Behandlungssituation individuell nötig sein, eine örtliche Betäubung vorzunehmen. Dies ist ein routinemäßiger Vorgang. Dennoch kann es zu Komplikationen kommen.

- So z. B. können durch die Verwendung der Spritze im Injektionsgebiet Blutungen und Hämatome (blaue Flecken) durch Gefäßverletzungen auftreten. Geschieht dies im hinteren Unterkieferbereich, kann dies unter Umständen zu einer vorübergehenden Einschränkung der Mundöffnung führen.
- Ferner können Kreislauf- oder allergische Reaktion auftreten. Bitte informieren Sie uns darum auch über Allergien und andere allgemeine Erkrankungen (Herz-Kreislauf, Diabetes, Asthma, etc.), soweit diese bekannt sind.
- Durch die Injektion ist in sehr seltenen Fällen eine Schädigung des Unterkiefer- oder Zungen-Nerven möglich. Im Unterkiefer führt dies zu Gefühlsstörungen im Lippen- oder Zungenbereich. Diese bilden sich in der Regel nach wenigen Wochen wieder zurück. Nur in sehr seltenen Fällen können permanente Sensibilitätsstörungen auftreten.
- Nach einer Behandlung unter lokaler Betäubung kann Ihre Reaktionsfähigkeit und somit Ihre Verkehrstauglichkeit eingeschränkt sein. Bitte berücksichtigen Sie diese bei Ihrem Zahnarztbesuch und lassen sich ggf. nach Hause fahren.
- Ferner möchten wir Sie darum bitten, mit dem Kauen von Speisen und dem Verzehr von heißen Getränken zu warten, bis das Gefühl wieder vollständig zurückgekehrt ist. Dies sollte in den nächsten 4 bis 6 Stunden nach der Injektion geschehen. Die Gefahr von Verletzungen wäre zu groß. Aus diesem Grund möchten wir die Diabetiker unter Ihnen darauf hinweisen, bitte vor der Behandlung ausreichend zu essen.
- Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie in der Vergangenheit schon einmal Probleme in Verbindung mit einer örtlichen Betäubung während einer zahnärztlichen Behandlung hatten.

Wir wünschen Ihnen eine gute Besserung,

Ihr Praxisteam Dr. Böting

### **Erklärung der/des Versicherten:**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich von meinem Zahnarzt mündlich über die Risiken aufgeklärt wurde und ich die Möglichkeit zu Nachfragen hatte.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/in