

Operative Entfernung eines Weisheitszahnes

Sehr geehrte Patientin
Sehr geehrter Patient

Der Weisheitszahn hat nicht genügend Platz, um normal durchbrechen zu können. Er bleibt dann vollständig vom Knochen bedeckt (Retention) oder bricht nur teilweise durch (Teilretention).

Die operative Entfernung wird bei Ihnen erforderlich:

- durch Entzündungsprozesse der Schleimhaut und des Knochens in der Umgebung des Zahnes
- durch Zystenbildung um den Zahn
- weil eine Schädigung des gesunden zweiten Backenzahnes durch den Druck des Weisheitszahnes sehr wahrscheinlich ist
- weil der Weisheitszahn durch den Wachstumsdruck zur Verschiebung der Zahnreihe führt

Operation

Der Eingriff wird in örtlicher Betäubung durchgeführt. Die Dauer des Eingriffs kann sehr unterschiedlich ausfallen

Mögliche Komplikationen

- *Schwellung der Backe, Einschränkung der Mundöffnung und Schluckbeschwerden* können auftreten und ca. 3-4 Tage andauern
- *Wundheilungsstörungen* durch eine Infektion. Dies macht sich durch einen pulsierenden Schmerz in der Wunde, welcher meistens nach 2-3 Tagen nach der OP auftritt. Eine Antibiotikaeinnahme und eine Wundreinigung werden dann nötig
- *Nachblutung*. Meistens am selben Tag auftretend. Kann durch das Anwenden der von uns mitgegebenen Tupfer gestillt werden
- *Nervverletzungen im Unterkiefer*. Durch eine sehr nahe Lagebeziehung des Weisheitszahnes zum Unterkiefer- und Zungennerv kann in seltenen Fällen deren Verletzung eintreten, welche in seltenen Fällen zu einem vorübergehenden, in noch selteneren Fällen dauerhaftem Taubheitsgefühl in der unteren Lippenhälfte oder Zungenhälfte führen kann.
- Im Oberkiefer kann es zur *Eröffnung* der sehr nahe liegenden *Kieferhöhle* kommen, welche jedoch direkt geschlossen werden kann
- In extrem seltenen Fällen, vor allem bei älteren Patienten kann es zum *Unterkieferbruch* kommen, welcher direkt geschient wird und meistens ohne Komplikationen verheilt.

Bitte fragen Sie uns, falls Sie noch weitere Einzelheiten über den Eingriff wissen wollen.
Bei eintretenden Komplikationen unterrichten Sie uns bitte umgehend.

Erklärung des Patienten

Ich willige in den Eingriff ein.

Datum

Name Patient/gesetzlicher Vertreter

Unterschrift