

Kleintierzentrum Dr. Pitschi

Fachtierärztin für Klein- und Heimtiere

Kleintierzentrum Dr. Alexandra Pitschi, Dachauer Str. 156, 82140 Olching / Geiselbullach



Besitzer:

Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Stadt: _____

Dachauer Str. 156
82140 Olching / Geiselbullach
Telefon 08142 / 4410400
Telefax 08142 / 4410405

Tier:

Name: _____ Art: _____ Alter: _____ Geschlecht: _____

Einverständniserklärung zur Zahnsanierung und Dentalröntgen

Ihr Tier wird heute bei uns zur Zahnsanierung vorgestellt.

Dabei wird die Maulhöhle Ihres Tieres unter Vollnarkose gründlich untersucht und behandelt. Dabei können Zahnstein entfernt und offensichtlich erkrankte Zähne gezogen werden. Ein großer Teil des Zahnapparats und somit der Zahnerkrankungen befindet sich jedoch unterhalb des Zahnfleisches und ist äußerlich nicht sichtbar. Bei Hunden und insbesondere bei Katzen können trotz äußerlich unauffälliger Zähne schmerzhaft Veränderungen an Zahnwurzeln oder am Kieferknochen bestehen. Aus diesem Grund empfehlen wir ergänzend ein Dentalröntgen (Zahnrontgen).

Das Dentalröntgen ermöglicht die Beurteilung der Zahnwurzeln, des Zahnhalteapparates und des Kieferknochens. Viele Erkrankungen können nur auf Röntgenbildern erkannt werden. Hierzu gehören insbesondere: FORL bei der Katze (feline odontoklastische resorptive Läsionen), entzündete oder abgestorbene Zahnwurzeln, Wurzelfrakturen, verbliebene Wurzelreste, Veränderungen des Kieferknochens, versteckte Zahndefekte.

Hinweis bei Verzicht auf Dentalröntgen

Mir ist bekannt, dass die Beurteilung ohne Dentalröntgen ausschließlich anhand der äußerlich sichtbaren Veränderungen erfolgt und das hierbei Erkrankungen oder Schäden möglicherweise unerkannt bleiben. Dadurch kann es trotz sorgfältiger Behandlung dazu kommen, dass Erkrankungen unentdeckt bleiben und später weitere Behandlungen oder erneute Narkosen notwendig werden. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ohne Dentalröntgen keine vollständige Beurteilung aller Zahnstrukturen möglich ist.

- ☐ Ich wünsche eine Zahnsanierung **MIT Dentalröntgen**
- ☐ Ich wünsche eine Zahnsanierung **OHNE Dentalröntgen**

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____

Ihre Dr. Alexandra Pitschi mit Team

