

## Vorabinformation zum Praktikum der Zahnmedizinischen Propädeutik mit Schwerpunkt Präventive Zahnheilkunde

Um Ihnen eine gute Vorbereitung und einen möglichst reibungslosen Start in das Praktikum der Zahnmedizinischen Propädeutik mit Schwerpunkt Präventive Zahnheilkunde zu ermöglichen, wollen wir Ihnen bereits im Voraus die folgenden wichtigen Informationen geben:

Während des Praktikums sollen alle Studierenden ein komplettes Modell mit extrahierten Zähnen erstellen (17 bis 47, keine Weisheitszähne). Bitte verwenden Sie hierfür die auf den nächsten Seiten enthaltenen Dokumente zum Sammeln extrahierter Zähne, auf denen die Patient\*innen einwilligen, dass ihre extrahierten Zähne für Lehr- und Forschungszwecke verwendet werden dürfen. Die Dokumentation verbleibt in den jeweiligen Praxen. Im Einzelnen handelt es sich um:

- Informationsbogen zur Verwendung extrahierter Zähne für Patient\*innen
- Informationsschreiben für Zahnärzt\*innen
- Einverständniserklärung zur Verwendung extrahierter Zähne (als eigenes Dokument, *Möglichkeit A*)
- Einverständniserklärung zur Verwendung extrahierter Zähne (zur Ergänzung eines bereits in der Praxis etablierten Anamnesebogens oder Behandlungsvertrages, *Möglichkeit B*)

Sie benötigen mehrere Zähne mit Amalgam- und Kompositfüllungen sowie mind. 15 Zähne mit kariösen Defekten (ICDAS 3-5, siehe [www.iccms-web.com/content/icdas](http://www.iccms-web.com/content/icdas)). Die Zähne sollen einen lokalisierten Einbruch des Schmelzes, idealerweise einen dunklen Schatten im darunter liegenden Dentin oder eine begrenzte Kavitation mit sichtbarem Dentin aufweisen. **Sie benötigen insbesondere Zähne mit approximalen Läsionen.**

Das Wurzelwachstum muss abgeschlossen sein, es darf keine Wurzelkanalfüllung vorliegen, der Zerstörungsgrad der Zähne soll sich in Grenzen halten: Keine Zähne mit freiliegender Pulpa oder Wurzelreste, keine kariös zerstörten Zähne mit ausgedehnter deutlicher Kavitation, keine Karies bis zur Bifurkation). Zähne mit Zahnersatz wie z.B. (Teil-)Kronen sind nicht geeignet.

Die Zähne sollen feucht in Alkohol oder Wasser mit Thymol, aber nicht in Formalin oder H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> gelagert werden. Diese Zähne müssen in verschraubten und mit Namen beschrifteten Gefäßen (max. 2 pro Student\*in) während der Vorlesungsfreien Zeit vor dem 2. Semester für Desinfektionsmaßnahmen abgegeben werden, damit die Zähne am ersten Kurstag verwendet werden dürfen.

Universitätsmedizin Göttingen, 37099 Göttingen  
Zentrum für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde  
Poliklinik für Präventive Zahnmedizin, Parodontologie und Kariologie

Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
Poliklinik für Präventive Zahnmedizin,  
Parodontologie und Kariologie

Direktorin  
Prof. Dr. A. Wiegand  
37099 Göttingen **Briefpost**  
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen **Adresse**  
0551 / 39-22884 **Telefon**  
0551 / 39-22037 **Fax**  
Annette.wiegand@med.uni-goettingen.de **E-Mail**

## Informationsbogen zur Verwendung extrahierter Zähne

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Poliklinik für Präventive Zahnmedizin, Parodontologie und Kariologie der Universitätsmedizin Göttingen möchte sowohl die zahnmedizinische Ausbildung als auch die Durchführung wissenschaftlicher Projekte auf hohem Niveau gewährleisten. Hierzu bitten wir nachfolgend um Ihre Unterstützung: Da für eine möglichst realitätsnahe Ausbildung und Forschung die Verwendung extrahierter Zähne unerlässlich ist, möchten wir Sie bitten, Ihre(n) extrahierten oder operativ entfernten Zahn/Zähne der Poliklinik für Präventive Zahnmedizin, Parodontologie und Kariologie zur Verfügung zu stellen.

Bitte beachten Sie folgende, wichtige Hinweise:

- Ihre Einwilligung ist vollkommen freiwillig. Falls Sie nicht einwilligen oder Ihre Einwilligung später zurückziehen, entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile.
- Ihr(e) Zahn/Zähne werden in anonymisierter Form, d.h. ohne die Angabe personenbezogener Daten aufbewahrt und verwendet.
- Es werden keine gendiagnostischen Untersuchungen vorgenommen.
- Bei allen wissenschaftlichen Projekten, die mit Hilfe extrahierter Zähne durchgeführt werden, erfolgt eine Begutachtung durch die zuständige Ethik-Kommission.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Universitätsmedizin Göttingen, 37099 Göttingen  
Zentrum für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde  
Poliklinik für Präventive Zahnmedizin, Parodontologie und Kariologie

Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
Poliklinik für Präventive Zahnmedizin,  
Parodontologie und Kariologie

Direktorin  
Univ.-Prof. Dr. A. Wiegand

37099 Göttingen **Briefpost**  
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen **Adresse**  
0551 / 39-22884 **Telefon**  
0551 / 39-22037 **Fax**  
annette.wiegand@med.uni-goettingen.de **E-Mail**

25. Februar 2014 **Datum**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

die Poliklinik für Präventive Zahnmedizin, Parodontologie und Kariologie der Universitätsmedizin Göttingen möchte die zahnmedizinische Ausbildung und die Durchführung wissenschaftlicher Projekte auf hohem Niveau gewährleisten. Für eine möglichst realitätsnahe Ausbildung und Forschung ist die Verwendung extrahierter Zähne unerlässlich. Wir möchten Sie daher herzlich bitten, unsere Studierenden/Doktoranden und unsere Abteilung bei der Sammlung extrahierter und operativ entfernter Zähne zu unterstützen.

Nicht zuletzt aus ethischen Gesichtspunkten heraus sind wir verpflichtet unsere Patientinnen und Patienten schriftlich darüber zu informieren, dass die gespendeten Zähne zu Lehr- und Forschungszwecken verwendet werden. Die Patientinnen und Patienten müssen schriftlich ihr Einverständnis zur Zahnspende erteilen. Dieses Vorgehen wurde von der Ethikkommission der Universitätsmedizin Göttingen gefordert, die auch die beiliegenden Dokumente begutachtet und befürwortet hat.

Um Ihren administrativen Aufwand so klein wie möglich zu halten, haben wir einen Informationsbogen vorbereitet, den Sie in dieser Form an die Patienten weiterleiten und/oder in Ihrer Praxis auslegen können. Für die schriftliche Einverständniserklärung haben wir ebenfalls eine Vorlage für Sie erstellt (Möglichkeit A). Als Alternative können Sie selbstverständlich auch Ihre eigenen Dokumente (z.B. Anamnese, Behandlungsvertrag) entsprechend modifizieren und durch unsere Vorlage (Möglichkeit B) ergänzen. Die Dokumentation verbleibt in Ihrer Praxis.

Wir bedauern es sehr, dass wir Ihren administrativen Aufwand durch diese Dokumentation erhöhen müssen, hoffen aber gleichzeitig auf Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

Bei Fragen oder Unklarheiten können Sie sich selbstverständlich jederzeit an mich wenden.

Mit freundlichen Grüßen und herzlichem Dank

Prof. Dr. Annette Wiegand

Universitätsmedizin Göttingen, 37099 Göttingen  
Zentrum für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde  
Poliklinik für Präventive Zahnmedizin, Parodontologie und Kariologie

Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
Poliklinik für Präventive Zahnmedizin,  
Parodontologie und Kariologie

Direktorin  
Prof. Dr. A. Wiegand  
37099 Göttingen **Briefpost**  
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen **Adresse**  
0551 / 39-22884 **Telefon**  
0551 / 39-22037 **Fax**  
Annette.wiegand@med.uni-goettingen.de **E-Mail**

## Informationsbogen und Einverständniserklärung zur Verwendung extrahierter Zähne

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Poliklinik für Präventive Zahnmedizin, Parodontologie und Kariologie der Universitätsmedizin Göttingen möchte sowohl die zahnmedizinische Ausbildung als auch die Durchführung wissenschaftlicher Projekte auf hohem Niveau gewährleisten. Hierzu bitten wir nachfolgend um Ihre Unterstützung: Da für eine möglichst realitätsnahe Ausbildung und Forschung die Verwendung extrahierter Zähne unerlässlich ist, möchten wir Sie bitten, Ihre(n) extrahierten oder operativ entfernten Zahn/Zähne der Poliklinik für Präventive Zahnmedizin, Parodontologie und Kariologie zur Verfügung zu stellen.

Bitte beachten Sie folgende wichtige Hinweise:

- Ihre Einwilligung ist vollkommen freiwillig. Falls Sie nicht einwilligen oder Ihre Einwilligung später zurückziehen, entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile.
- Ihr(e) Zahn/Zähne werden in anonymisierter Form, d.h. ohne die Angabe personenbezogener Daten aufbewahrt und verwendet.
- Es werden keine gendiagnostischen Untersuchungen vorgenommen.
- Bei allen wissenschaftlichen Projekten, die mit Hilfe extrahierter Zähne durchgeführt werden, erfolgt eine Begutachtung durch die zuständige Ethik-Kommission.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

---

Hiermit erkläre ich mich mit der Verwendung meines/meiner extrahierten oder operativ entfernten Zahnes/Zähne für Lehr- und Forschungszwecke durch die Poliklinik für Präventive Zahnmedizin, Parodontologie und Kariologie der Universitätsmedizin Göttingen einverstanden. Den dazugehörigen Informationsbogen zur Verwendung extrahierter Zähne habe ich gelesen. Wenn ich nicht zustimme, entstehen mir keine Nachteile. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung widerrufen. Mir ist bekannt, dass die Zähne anonymisiert (also ohne Hinweise zu meiner Person) gelagert werden. Damit ist später eine Rückgabe oder auf meinen Wunsch hin durchgeführte Vernichtung meiner persönlichen Zähne nicht mehr möglich.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in

Universitätsmedizin Göttingen, 37099 Göttingen  
Zentrum für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde  
Poliklinik für Präventive Zahnmedizin, Parodontologie und Kariologie

Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
Poliklinik für Präventive Zahnmedizin,  
Parodontologie und Kariologie

Direktorin  
Prof. Dr. A. Wiegand  
37099 Göttingen **Briefpost**  
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen **Adresse**  
0551 / 39-22884 **Telefon**  
0551 / 39-22037 **Fax**  
Annette.wiegand@med.uni-goettingen.de **E-Mail**

### **Ergänzung eines in der Praxis vorliegenden Anamnesebogens oder Behandlungsvertrages**

Hiermit erkläre ich mich mit der Verwendung meines/meiner extrahierten oder operativ entfernten Zahnes/Zähne für Lehr- und Forschungszwecke durch die Poliklinik für Präventive Zahnmedizin, Parodontologie und Kariologie der Universitätsmedizin Göttingen einverstanden. Den dazugehörigen Informationsbogen zur Verwendung extrahierter Zähne habe ich gelesen. Wenn ich nicht zustimme, entstehen mir keine Nachteile. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung widerrufen. Mir ist bekannt, dass die Zähne anonymisiert (also ohne Hinweise zu meiner Person) gelagert werden. Damit ist später eine Rückgabe oder auf meinen Wunsch hin durchgeführte Vernichtung meiner persönlichen Zähne nicht mehr möglich.

- Ja
- Nein

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in