

Aufklärungs- und Anamnesebogen zur Analgosedierung bei der Zahnbehandlung am _____

Nachname

Vorname

Geb.-Datum

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

bitte lesen Sie diesen Aufklärungsbogen möglichst bald sorgfältig durch und füllen Sie den umseitigen Fragebogen aus! Bringen Sie das vorliegende Blatt bitte zu Ihrer Zahnbehandlung mit!



Wir bitten Sie, mindestens sechs Stunden vor dem geplanten Behandlungstermin nichts mehr zu trinken oder zu essen (auch kein Bonbon oder Kaugummi)!

→ Ausnahme ist klares, stilles Wasser, welches Sie (Ihr Kind) bis zwei Stunden vor Ihrem Termin noch trinken dürfen.

Damit Sie (Ihr Kind) die geplante Zahnbehandlung ohne Angst und Schmerzen gut überstehen, bekommen Sie (Ihr Kind) – vor der örtlichen Betäubung durch Ihren Zahnarzt – eine dünne Venenverweilkanüle am Arm gelegt, über welche dann die zur Tiefschlafbehandlung erforderlichen Schlaf- und Schmerzmittel gegeben werden. Weitere Medikamentengaben werden dann individuell auf Ihre persönlichen Bedürfnisse abgestimmt. Falls erforderlich, wird der Atemluft während der Behandlung zusätzlich Sauerstoff über eine Nasensonde zugefügt. Außerdem werden Sie (Ihr Kind) während der gesamten Behandlung kontinuierlich mittels EKG, Blutdruckmessung und Pulsoxymetrie (Messung des Sauerstoffgehaltes im Blut) überwacht. Dadurch stellen wir die optimale Sicherheit für Sie (Ihr Kind) während des Eingriffs sicher.

Nach dem Ende der Behandlung erwachen Sie (Ihr Kind) innerhalb weniger Minuten langsam aus dem Tiefschlaf. Im Anschluss verweilen Sie (Ihr Kind) noch für ca. 30 bis 45 Minuten in einem Ruheraum in der Praxis. Bevor Sie (Ihr Kind) dann die Praxis verlassen, wird zuletzt noch die Venenverweilkanüle gezogen.

Kein medizinischer Eingriff ist frei von Risiken. So kann es durch die Venenverweilkanüle selten zu Blutergüssen oder Entzündungen an der Einstichstelle und äußerst selten zu Blutgerinnseln (Thrombus / Thrombophlebitis) in den Armvenen kommen. Durch die Tiefschlaf-Medikamente kann es selten zu Kreislaufstörungen und Schwindel, sehr selten zu Übelkeit und Erbrechen sowie zu Allergien kommen.

Am Tag der Behandlung führen wir mit Ihnen vor dem Eingriff noch ein persönliches, ausführliches Aufklärungsgespräch, in welchem alle bestehenden Fragen beantwortet werden. Sollten Sie bereits vorab ein Gespräch mit Ihrem Narkosearzt führen wollen, so melden Sie sich gerne telefonisch über unser

Patienten-Telefon: 06021 – 3 71 34 99

Für Ihre Zahnbehandlung wünschen wir Ihnen alles Gute und baldige Genesung!

Ihr Anästhesie-Team

HINWEISE FÜR AMBULANTE EINGRIFFE

Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Tiefschlaf-Behandlung für 24 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen dürfen! Das bedeutet, dass jemand Sie aus der Praxis abholen und nach Hause bringen muss. Zudem muss zu Hause die ständige Betreuung durch eine zuverlässige Person sichergestellt sein. Sie dürfen für 24 Stunden auch keine gefährlichen (laufenden) Maschinen bedienen! Außerdem sind Sie für diesen Zeitraum nicht geschäftsfähig (z.B. Vertragsunterschriften).

Folgende Angaben brauchen wir von Ihnen (Ihrem Kind),
bitte ankreuzen bzw. ausfüllen:

Größe (m)

Gewicht (kg)

Nehmen Sie (Ihr Kind) regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche? (bitte hier aufschreiben)

Wurde bei Ihnen (Ihrem Kind) schon einmal eine Tiefschlaf-Behandlung durchgeführt?

ja nein

Falls ja, gab es dabei Probleme?

ja nein

Leiden Sie (Ihr Kind) an ...

→ **Herz- und Kreislauferkrankungen:** (z. B. Bluthochdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen)

ja nein

→ **Lungenerkrankungen:** (z. B. Tuberkulose, Asthma, akute oder chronische Bronchitis, Atemnot bei Belastung)

ja nein

→ **Lebererkrankungen:** (z. B. Gelbsucht, Hepatitis)

ja nein

→ **Stoffwechselerkrankungen:** (z. B. Zuckerkrankheit, Nierenerkrankungen, Gicht, Schilddrüsenkrankheiten)

ja nein

→ **Nerven- und Gemütererkrankungen:** (z. B. Epilepsie, Depressionen)

ja nein

→ **Muskelerkrankungen:** (z. B. Muskelschwäche, Muskelschwund)

ja nein

→ **Allergien:** (z. B. Latex, Medikamente, Antibiotika, Soja)

ja nein

Wenn ja, welche? (bitte hier aufschreiben)

Einwilligungserklärung:

Über das geplante Betäubungsverfahren hat mich Frau / Herr Dr. _____ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die Analgosedierung für die Zahnbehandlung ein. Mit einer eventuell notwendigen / möglichen Änderung des Anästhesie-Verfahrens bin ich ebenfalls einverstanden. Ich bestätige, von den Hinweisen für ambulante Eingriffe Kenntnis genommen zu haben und sie einhalten zu können. Bei im Anschluss an den Eingriff zu Hause auftretenden Gesundheitsstörungen werde ich sofort einen Arzt verständigen.

Ort / Datum / Uhrzeit

Unterschrift Arzt

Unterschrift PatientIn
(Sorgeberechtigte/r)