

Aufklärungs- und Anamnesebogen zur Narkose 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) unmittelbar vor der Behandlung eine dünne Venenverweilkanüle am Arm gelegt, über welche dann die zur Narkose erforderlichen Schlaf- und Schmerzmittel gegeben werden. Bei sehr kleinen und / oder ängstlichen Kindern kann die Narkose auch über eine Atemmaske eingeleitet und die Venenverweilkanüle erst nach dem Einschlafen gelegt werden.

Über einen Beatmungsschlauch (Tubus), welcher nach dem Einschlafen vorsichtig durch die Nase in die Luftröhre eingeführt wird, bekommen Sie (Ihr Kind) u.a. Sauerstoff und Narkosegase zugeführt. Zudem können wir die für die Narkose relevanten Atemgase messen und dadurch einen sicheren Schlaf gewährleisten. Außerdem werden Sie (Ihr Kind) während der gesamten Narkose kontinuierlich mittels EKG, Blutdruckmessung und Pulsoxymetrie (Messung des Sauerstoffgehaltes im Blut) überwacht. Darüber hinaus steuern wir die Narkosetiefe zielgenau mittels EEG (bitte streichen, wenn nicht gewünscht!). Dadurch stellen wir die optimale Sicherheit für Sie (Ihr Kind) während des Eingriffs sicher.

Nach dem Ende der Behandlung wird der Beatmungsschlauch entfernt und Sie (Ihr Kind) erwachen innerhalb weniger Minuten aus der Narkose. Im Anschluss verweilen Sie (Ihr Kind) noch bis zum vollständigen Abklingen der Narkose 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. Auch ein Kratzen im Hals oder ein Zahnschaden durch das Einführen des Beatmungsschlauches ist selten. Durch die Narkosemedikamente kann es selten zu Kreislaufstörungen, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen sowie sehr selten zu Allergien kommen. Bei Patienten mit Muskelerkrankungen kann es sehr selten zur malignen Hyperthermie kommen, die dann eine intensivmedizinische Behandlung erfordert. In sehr seltenen Fällen kann es (z.B. bei Nicht-Beachtung der o.g. Nüchternheitszeiten) durch Hochwürgen und Einatmen von Mageninhalt zur sog. Aspiration kommen, welche ebenfalls eine intensivmedizinische Weiterbehandlung erforderlich macht.

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 Narkose 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 Narkose 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 Narkose 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)