

Information zur Durchführung einer oralchirurgischen Behandlung in Sedierung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

bei Ihnen bzw. ihrem Kind soll ein operativer Eingriff ambulant unter „Sedation“ durchgeführt werden. Dafür ist eine Begleitperson notwendig. Wir werden dafür sorgen, dass während des Eingriffes keine Schmerzen auftreten (Schmerzausschaltung durch örtliche Betäubung und/oder zusätzliche Schmerzmittel).

Viele Menschen sind vor Operationen aufgeregt und nicht selten werden unnötige Ängste aufgebaut. Diesem Stress können wir durch moderne Sedationsverfahren positiv entgegensteuern. Durch das Beruhigungsmittel „Dormicum“ (Midazolam), das wir durch einen Venenzugang verabreichen, tritt ein entspannter Zustand ein der uns ermöglicht in Kombination mit örtlicher Betäubung schmerz- und stressfrei zu behandeln.

Das Anästhesierisiko hängt in erster Linie von Ihrem bzw. dem Gesundheitszustand Ihres Körpers ab. Um evtl. Gefährdung einschätzen zu können bitten wir Sie den beigefügten Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte beachten Sie:

- 6 Stunden vor dem geplanten Eingriff: Nichts mehr essen und nicht rauchen!
- 2 Stunden vor dem geplanten Eingriff: Nichts mehr trinken!
- nur verordnete Herz-Kreislauf Medikamente sowie Antiepileptika dürfen in dieser Zeit mit wenig Wasser eingenommen werden.

Nach dem Eingriff :

Nach der Sedation ist das Reaktionsvermögen und die Urteilsfähigkeit mehr oder weniger stark beeinträchtigt. Sie dürfen deshalb in den auf die Operation folgenden 18 Stunden

- kein Alkohol trinken
- nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen
- keine verantwortlichen Tätigkeiten ausführen
- keine Maschinen bedienen
- keine Verträge unterschreiben

Den Kostenbeitrag in Höhe von ca. **€ 75,-** für die Beruhigungs- und Schmerzmedikamente bezahlen Sie bitte im Anschluss an der Rezeption. Die Dosierung der Medikamente hängt von Ihrem Körpergewicht ab. Wenn Sie noch Fragen haben wenden Sie sich bitte an unsere Assistentinnen.

Hinweis für privat versicherten Patienten: Sedierungsmaßnahmen werden unter Umständen nicht von privaten Krankenversicherungen übernommen.

Ich bestätige, dass ich ausführlich über die Wirkung und Nebenwirkung der Sedierung unterrichtet wurde. Mit der Begleichung der verbundenen Kosten bin ich einverstanden.

Name: _____

Freiburg: _____ Unterschrift: _____



Anästhesie-Fragebogen bei ambulanter Sedierung

Bitte Ankreuzen bzw. beantworten

JA NEIN

- Wurden Sie schon operiert? JA NEIN
Traten bei früheren Narkose oder örtlicher Betäubung Schwierigkeiten auf?
Wenn ja, welche? _____ JA NEIN
Kam es bei Blutsverwandten zu Narkosezwischenfällen? JA NEIN
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA NEIN
Wenn ja, welche? _____
Sind Sie z. Z. stark erkältet (Husten, Schnupfen, Fieber)? JA NEIN
Rauchen Sie? JA NEIN
Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? JA NEIN
Nehmen Sie häufig Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein? JA NEIN
Wenn ja, welche? _____
Haben Sie bei leichter körperlichen Anstrengung starke Atemnot? JA NEIN
Sind Sie schwanger? JA NEIN

Sind oder waren bei Ihnen folgende Krankheiten bekannt?

JA NEIN

- Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Rhythmusstörungen)? JA NEIN
Kreislaufkrankungen (z.B. ständig zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)? JA NEIN
Gefäßerkrankungen (z.B. Krampfadern, Durchblutungsstörungen)? JA NEIN
Atemwegserkrankung (z.B. chronische Bronchitis, Asthma)? JA NEIN
Lungenerkrankung (z.B. Tuberkulose, Staublunge, Lungenembolie)? JA NEIN
Stoffwechselerkrankungen-(z.B. Zuckerkrankheit)? JA NEIN
Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Kropf, Überfunktion)? JA NEIN
Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Fettleber, Leberzirrhose)? JA NEIN
Nierenerkrankung (z.B. chronische Pyelonephritis, Niereninsuffizienz)? JA NEIN
Nervenerkrankung (z.B. Lähmung, epileptische Anfälle)? JA NEIN
Gemütskrankung (z.B. Depression)? JA NEIN
Gelenkerkrankungen (z.B. Rheuma)? JA NEIN
Bluterkrankung (z.B. Blutgerinnungsstörungen)? JA NEIN
Allergische Erkrankungen (z.B. Hautausschlag durch Medikamente)? JA NEIN

Name: _____

Geb.Dat.: _____

Vorname: _____

Alter: _____

Gewicht: _____ Größe: _____



Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß der mit dem Operateur abgeseochene Eingriff bei mir /meinem Kind in Narkose oder Sedierung kombiniert mit örtlicher Betäubung durchgeführt wird.

Das allgemeine Anästhesierisiko (z.B. Zahnschäden, Venenreizung, Stimmstörung, Übelkeit, Erbrechen) ist mir bekannt. Ich bin über das vorhergesehene Anästhesieverfahren in verständlicher Form informiert worden. Ich habe dazu keine Fragen.

Den Informationsbogen zur Durchführung einer ambulanten Sedierung habe ich zur Kenntnis genommen und benötige keine weitere Bedenkzeit.

Datum

Unterschr. d. Patienten bzw. d. Sorgeberecht.

Unterschrift des Operateur

