

Aufklärung und Einverständniserklärung zur Analgosedierung (Dämmerschlaf)

Datum: _____

Sehr geehrter Herr / Frau _____,

der bei Ihnen vorgesehene Eingriff _____ soll unter Sedierung (Dämmerschlaf) durchgeführt werden. Dabei wird ein Beruhigungsmittel (**Midazolam**) intravenös verabreicht. Es handelt sich dabei um ein beruhigendes, schlafförderndes und angstlösendes Medikament. Meist zeigt sich seine Wirkung in einem schlafähnlichen Dämmerzustand. Sie können dabei aber trotzdem noch **reagieren**, sind noch **ansprechbar** und sind durch Ansprechen **erweckbar**. Für die Zeit des Eingriffs oder auch noch Stunden danach kann eine Erinnerungslücke entstehen.

In seltenen Fällen können während der Sedierung Komplikationen auftreten, die nicht vorhersehbar sind und sich auch durch sorgfältige Vorbereitung und Durchführung des Verfahrens nicht vermeiden lassen:

- Es kann zu bisher nicht bekannter Überempfindlichkeitsreaktion (**Allergie**) auf das Medikament kommen
- Es kann zu einer so genannten **Paradoxen Reaktion** kommen, bei der Sie anstatt mit Schlaf entgegengesetzt mit vermehrter Unruhe, Wutanfall und Depression reagieren.
- Das Medikament kann in seltenen Fällen zu einer verminderten Atmung (**Atemdepression**) und zum Blutdruckabfall kommen.
- An der Einstichstelle für die Infusion kann ein Bluterguss oder sehr selten eine Venenentzündung entstehen.

Ihr Kreislauf und Ihre Atmung werden während des gesamten Eingriffs apparatetechnisch überwacht und kontrolliert.

Bitte beachten Sie unbedingt:

Vor dem Eingriff:

- Sie sollten 6 Stunden vor dem Eingriff keine feste Nahrung zu sich nehmen.
- Trinken Sie bitte nur stilles Wasser vor dem Eingriff.
- Nehmen Sie kein Alkohol, Drogen oder andere Beruhigungsmittel vor dem Eingriff ein. (keine Eigenmedikation)
- Wenn nicht anders mit uns vereinbart bitten wir Sie, Ihre üblichen Medikamente wie gewohnt einzunehmen!
- Wir empfehlen Ihnen, zum Eingriff bequeme Kleidung zu tragen sowie Schmuck- und Wertgegenstände zu Hause zu lassen.
- Bringen Sie bitte Ihre Begleitperson mit

Nach dem Eingriff:

- Das verabreichte Medikament beeinträchtigt die Verkehrstüchtigkeit. Sie dürfen nach der Sedierung für 24 Stunden nicht aktiv am öffentlichen Straßenverkehr teilnehmen, keine schweren oder gefährlichen Maschinen bedienen und Verträge unterschreiben.
- Sie dürfen für 24h keine Aufsicht über Kinder führen
- Kinder müssen nach dem Sedationsverfahren für die nächsten Stunden beaufsichtigt werden. Nicht allein Spielen lassen.
- Keine alkoholischen Getränke innerhalb der ersten 24 Stunden.
- Bei Komplikationen sofortige Rücksprache mit der Praxis.
- Sie werden mindestens 1 Stunde nach Verabreichung des Medikamentes in unserer Praxis bleiben und erst in einem wachen, kreislaufstabilen Zustand in Begleitung einer erwachsenen Person nach Hause entlassen. Auch zu Hause muss für die folgenden 24 Stunden die Anwesenheit einer erwachsenen Person gewährleistet sein

Herr/Frau _____ hat heute mit mir anhand der Untersuchung ein Aufklärungsgespräch geführt. Darin wurde mir der Zweck, Umfang und Ablauf der geplanten Sedierung in für mich verständlicher Form geschildert.

Über die Risiken und möglichen Komplikationen sowie das Verhalten nach erfolgter Sedierung wurde ich ausführlich und für mich verständlich aufgeklärt.

Unter Abwägung der Alternativen habe ich mich für die vorgesehene Sedierung entschieden. Ich bestätige, dass ich ausreichend Zeit hatte, alle mich interessierenden Fragen zu stellen sowie meine Entscheidung über die Zustimmung zu diesem Eingriff zu treffen.

Ort; Datum

aufklärende/r Zahnärztin/-arzt

Unterschrift Patient/in
Erziehungsberechtigte/r
Gesetzl. Vertreter/in

Anästhesiefragebogen
- Ergänzung zur Anamnese -

Name, Vorname: _____		Datum: _____	
Geb.-Datum: ____ . ____ . ____			
Gewicht: _____	Kg	Größe: _____	cm
RR: _____	/		mmHg

	JA	NEIN
Wurden bei Ihnen bereits Operationen in Sedierung durchgeführt?	☐	☐
Traten bei früheren Narkosen oder örtl. Betäubungen Schwierigkeiten auf?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
Kam es in der Familie zu Narkosezwischenfälle?	☐	☐
Leiden Sie an einer psychischen / psychosomatischen Erkrankung?	☐	☐
Hatten Sie eine Überempfindlichkeit auf Benzodiazepine?	☐	☐
Leiden Sie an einer Myasthenia gravis?	☐	☐
Leiden Sie an einem akuten Engwinkelglaukom?	☐	☐
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		

Sind Sie zurzeit stark erkältet? (Husten, Schnupfen, Fieber)	☐	☐
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel am Tag? _____	☐	☐
Trinken Sie regelmäßig Alkohol oder nehmen Sie Drogen?	☐	☐

	JA	NEIN
Nehmen Sie häufig Schlaf und Beruhigungsmittel?	☐	☐

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie bei leichter Körperlicher Anstrengung starke Atemnot?	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

Sind Sie schwanger?	☐	☐
---------------------	--------------------------	--------------------------

Haben Sie lockere Schneidezähne?	☐	☐
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Leiden Sie an Asthma Bronchiale oder COPD?	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------

Ort; Datum

aufklärende/r Zahnärztin/-arzt

Unterschrift Patient/in
Erziehungsberechtigte/r
Gesetzl. Vertreter/in