

Anamnese zur Lachgassedierung

Die Lachgassedierung benötigt eine spezielle Anamnese um Ihnen eine sichere & optimale Behandlung zu offerieren.

Ihre Vorteile bei der Lachgassedierung:

- + Sie führt zur Verringerung von Ängsten, einem entspannten Zustand und dämpfen das Schmerzempfinden
- + Sie sind bei Bewusstsein und bleiben die gesamte Behandlung über ansprechbar
- + kein Kontrollverlust
- + Sie benötigen keine Begleitperson - Ausnahme ist die Kinderbehandlung
- + Würge- und Schluckreiz werden reduziert
- + die Fahrtüchtigkeit nach der Behandlung ist in der Regel nicht eingeschränkt
- + Sie haben einen positiven Effekt auf weitere Folgebehandlungen

Einwilligung zur Behandlung unter Lachgas:

Bitte nehmen Sie sich Zeit, die folgenden Fragen im Interesse einer komplikationslosen und sicheren Behandlung sorgfältig zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht seitens der Zahnärzte und aller Praxismitarbeiter.

Patientendaten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum-/ ort: _____
Straße: _____ Beruf: _____
PLZ/Ort: _____ Arbeitgeber: _____
Tel.: _____ Mobil: _____
Mailadresse: _____

Fragen zur gesundheitlichen Situation:

Sind Sie zur Zeit in gesundheitlicher Behandlung? Wenn ja, wegen...

Name des Arztes, Adresse, Telefon:

Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Krankheiten?

Lungenemphysem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Pneumothorax	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzfehler (Klappen- oder Scheidewanddefekt)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
vorausgegangener Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ileus - Darmverschluss	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Weiter bitte auf Seite 2 >>

Seite 2

Drogen- und Alkoholabusus	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Otitis Media - Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Mastoiditis- akute Entzündung des Warzenfortsatzes	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Nasennebenhöhlen- Stirnhöhlen oder Kieferhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
erschwerter Nasenatmung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
COPD - Chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Glaukom - grüner Star	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Störung der Vitamin B12 Synthese	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Untersuchungen / Operationen durchgeführt?

Schädelröntgen mit Anwendung von Gas	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Augenoperation mit Anwendung von Gas	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Bleomycin-Therapie bei Karzinom der Hoden oder Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Magenentfernung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Starke Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Sonstige	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in der _____. Woche / im _____. Monat

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt diese uns 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der gültigen GOZ.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden dürfen.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen, bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn sich etwas ändert!

Ihr Praxisteam Dr. Mitchell Nedab

Datum:

Unterschrift Patient:
