

# EINVERSTÄNDNIS FÜR LACHGAS-ENTSPANNUNG

Praxis Dr. Rist& Kollegen  
Wilhelmstraße 12  
70771 Leinfelden-E.  
Fon: 0711.7542736

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Lachgas-Entspannung ist sicher und unkompliziert. Um Risiken zu minimieren, möchten wir Sie bitten, diese Aufklärung aufmerksam zu lesen und zu unterzeichnen.

Hiermit erkläre ich, dass ich die Information „Lachgas-Entspannung“ erhalten und verstanden habe und, dass gegenwärtig **keine der folgenden Krankheiten / Besonderheiten zutrifft:**

- Schwangerschaft
- Vegane Ernährung
- chronisch behinderte Nasenatmung
- chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- neuromuskuläre Störungen (z.B. multiple Sklerose)
- schwere Psychosen oder Angstzustände
- Chlaustrophobie (Platzangst)
- Alkoholabhängigkeit
- Einnahme von Psychopharmaka (z.B. Antidepressiva)
- Drogenabhängigkeit
- Entzug von Rauschmitteln
- beeinträchtigte Kommunikationsfähigkeit
- luftgefüllte Höhlen und Räume (z.B. frische Augenoperationen, akute Mittelohrentzündung)
- Bleomycin-Präparate (Krebstherapie)
- Vitamin-B12- oder Folsäuremangel /-Störungen
- Schwangerschaft

Weiter bestätige ich, dass ich am Tag der Sedierung weder

- Drogen
- Alkohol noch
- Beruhigungs- /Betäubungsmittel zu mir nehmen werde.

Anderenfalls werde ich den behandelnden Zahnarzt darüber informieren.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Wirkung der Lachgas-Sedierung durch die Einnahme von Drogen, Alkohol oder Beruhigungsmitteln verstärkt werden kann und dass es in seltenen Fällen zu Unwohlsein und Erbrechen kommen kann.

Ich erkläre mich mit der vorgeschlagenen Lachgas-Entspannung einverstanden, meine Fragen wurden beantwortet.

Mir wurde ein gleich lautendes Exemplar dieser Einverständnis-Erklärung ausgehändigt.

.....  
(bitte ggf. korrigieren)

.....  
(Unterschrift)

Bei Kindern: Unterschrift beider Elternteile

Wenn sich weitere Fragen ergeben, kommen Sie auf uns zu. Unterschreiben Sie erst, wenn alle Ihre Fragen beantwortet wurden.