



Zahnarztpraxis **Baumann**

Dres. med. dent. Ulli & Simonetta Baumann eidg. dipl. Zahnärzte SSO
Baslerstrasse 15 • 4310 Rheinfelden • www.zahnarztpraxis-baumann.ch • +41 61 833 00 11

Patientenfragebogen für Lachgassedierung

Patientendaten:

Gesetzlicher Vertreter

Name, Vorname _____

Strasse _____

Plz, Ort _____

Geb. Datum _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Allgemeine Angaben

Medikamente Ja Nein Wenn ja, welche:

Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat: _____

Allergien / Unverträglichkeit

Lokalanästhetika Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

andere: _____



Zahnarztpraxis **Baumann**

Dres. med. dent. Ulli & Simonetta Baumann eidg. dipl. Zahnärzte SSO
Baslerstrasse 15 • 4310 Rheinfelden • www.zahnarztpraxis-baumann.ch • +41 61 833 00 11

Weitere Angaben zum Gesundheitszustand

- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
Asthma Ja Nein
Lungenerkrankung Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
Ohnmachtsneigung Ja Nein
Grauer Star Ja Nein

Anmerkungen

Weitere wichtige Angaben für die Behandlung mit Lachgas

Besteht bei Ihnen / Ihrem Kind...

- Emphysem Ja Nein

- COPD (chron. obstr. Lungenerkr.) Ja Nein

- Eingeschränkte Nasenatmung Ja Nein

- Nasennebenhöhlen Probleme Ja Nein

- Pneumothorax Ja Nein

- Ileus (Darmverschluss) Ja Nein

- Multiple Sklerose Ja Nein

- Mittelohrentzündung Ja Nein

- Augenoperation mit Gasplombe Ja Nein

- Psychopharmaka Ja Nein

- Schlafmittel Ja Nein



Zahnarztpraxis **Baumann**

Dres. med. dent. Ulli & Simonetta Baumann eidg. dipl. Zahnärzte SSO
Baslerstrasse 15 • 4310 Rheinfelden • www.zahnarztpraxis-baumann.ch • +41 61 833 00 11

Zytostatika/ Chemotherapeutika Ja Nein

Vitamin B12 Mangel Ja Nein

Alkohol-/ Drogenabusus Ja Nein

Patient	
Name, Vorname	_____
Strasse	_____
Plz., Ort	_____
Geb. Datum	_____
Gesetzlicher Vertreter	
Name, Vorname	_____
Strasse	_____
Plz., Ort	_____

Einverständniserklärung für eine Lachgassedierung

Mir wurde von meinem Zahnarzt ein Informationsblatt über die geplante Lachgassedierung ausgehändigt. Auf der Grundlage dieses Informationsblattes wurde ich in einem persönlichen Gespräch über die Sedierung aufgeklärt.

Ebenso wurde ich über die entstehenden Kosten aufgeklärt und darüber, dass die Wirkung der Lachgassedierung durch die Einnahme von Drogen, Alkohol und Beruhigungsmitteln verstärkt werden kann.

Ich bestätige, dass alle angegebenen Daten der Wahrheit entsprechen, und ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle, während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.

Ich hatte ausreichend Bedenkzeit, mich für oder gegen die Lachgassedierung zu entscheiden und habe keine weiteren Fragen.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.



Zahnarztpraxis **Baumann**

Dres. med. dent. Ulli & Simonetta Baumann eidg. dipl. Zahnärzte SSO
Baslerstrasse 15 • 4310 Rheinfelden • www.zahnarztpraxis-baumann.ch • +41 61 833 00 11

Datum

Unterschrift Patient und / oder gesetzlicher Vertreter

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.