



apel  
ZAHNÄRZTE

# EINWILLIGUNG ZUR BEHANDLUNG UNTER LACHGAS

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

Patient/-in (Vorname, Name)

Geburtsdatum

## Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation

Sind Sie zzt. in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen:

N  J

Name des Arztes, Adresse, Telefon-Nr.:

## Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen?

Mittelohr-Entzündung

N  J

Nasennebenhöhlen- oder Stirnhöhlenentzündung

N  J

Nasenaumfänger

N  J

Chronisch-obstruktive Bronchitis (COPD)

N  J

Lungenemphysem

N  J

Pneumothorax

N  J

Herzinsuffizienz

N  J

Herzfehler (Klappen- oder Scheidewanddefekt)

N  J

Starke Blutdruckschwankungen

N  J

Darmverschluss

N  J

Multiple Sklerose

N  J

Halluzinationen

N  J

## Wurde bei Ihnen eine der folgenden Untersuchungen/Operationen durchgeführt?

Schädelröntgen mit Anwendung von Gas

N  J

Augenoperation mit Anwendung von Gas

N  J

Magenentfernung

N  J

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

N  J

Wenn ja, welche?

Psychopharmaka

N  J

Schlafmittel

N  J

Starke Schmerzmittel

N  J

Sonstige

N  J

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

N  J

Fritzlar, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_