

## **Informationen zur Behandlung von Kindern mit Lachgas (Stickoxydul)**

### **Was ist Stickoxydul?**

Im Allgemeinen bekannt unter dem Namen Lachgas, ist Stickoxydul ein nicht allergenes, nicht reizendes Gas, welches das zentrale Nervensystem beeinflusst. Die Zahnmedizin nutzt Lachgas vor allem zur Behandlung ängstlicher Patientin. Die Behandlung Ihres Kindes wird durch Lachgas erleichtert.

### **Wie alt muss mein Kind sein?**

Es gibt keine definierte Altersvorgabe. Ein Kind muss kooperativ und in der Lage sein, durch die Nasenmaske zu atmen.

### **Wie wirkt Lachgas?**

Über eine kleine Nasenmaske wird ein Gemisch aus Sauerstoff und in Lachgas verabreicht. Das hilft dem Kind, sich bei der Zahnarztbehandlung zu entspannen. Angst und Schmerzempfindlichkeit nehmen ab. Dabei ist Ihr Kind aber jederzeit ansprechbar.

Die Wirkung von Lachgas ist nach der Behandlung innerhalb weniger Minuten komplett aufgehoben. Ihr Kind ist wieder ganz wach und in der Regel dürfen Sie die Praxis sofort verlassen.

### **Risiken bei einer Lachgassedierung**

Die Lachgassedierung ist ein sehr sicheres und komplikationsarmes Verfahren, das weltweit millionenfach angewendet wird. Sehr selten kann es zu Übelkeit kommen. Es gibt nur wenige Gegenanzeigen die eine Lachgassedierung ausschließen. Diese kann der Zahnarzt in dem Vorgespräch sehr gut identifizieren. Die Patientenauswahl ist sehr sicher und Risiken können ausgeschlossen werden.

### **Risiken bei einer Lachgassedierung**

Die Lachgassedierung ist ein sehr sicheres und komplikationsarmes Verfahren, das weltweit millionenfach angewendet wird. Sehr selten kann es zu Übelkeit kommen. Es gibt nur wenige Gegenanzeigen die eine Lachgassedierung ausschließen. Diese kann der Zahnarzt in dem Vorgespräch sehr gut identifizieren. Die Patientenauswahl ist sehr sicher und Risiken können ausgeschlossen werden.

**Für Schwangere Patientinnen ist die Lachgassedierung nicht geeignet. Während der Lachgassedierung sollten Schwangere nicht mit im Behandlungsraum sein.**

### **Wichtig ist,**

das wir vor der Behandlung den Gesundheitszustand Ihres Kindes kennen. Daher informieren Sie uns bitte über alle Medikamente und über bestehende Krankheiten und Operationen des Kindes.

### **Empfohlen wird,**

vor der Behandlung eine leichte Mahlzeit einzunehmen und etwa 2 Std vor dem Termin nichts zu essen oder zu trinken.

### **Grundsätzlich,**

sollte das Kind von einer erwachsenen Begleitperson zur Behandlung begleitet werden.

## Einverständniserklärung für Lachgassedierung

Mir wurde von meinem Zahnarzt ein Informationsblatt über die geplante Sedierung ausgehändigt. Auf der Grundlage dieses Informationsblattes und der darin aufgeführten Sedierungsmethode bin ich in einem persönlichen Gespräch aufgeklärt worden. Die Aufklärung habe ich in vollem Umfang verstanden.

Ebenso bin ich über die Kosten aufgeklärt worden.

Ich bestätige, dass:

- Bei meinem Kind in den letzten Monaten keine Augenoperation (Vetrektomie) durchgeführte wurde

Ich hatte ausreichend Bedenkzeit, mich für oder gegen die Lachgassedierung zu entscheiden und habe keine weiteren Fragen. Ich willige in die Lachgassedierung bei meinem Kind ein. Diese Einwilligung kann ich widerrufen.

Bitte die ausgefüllten Unterlagen persönlich oder per Post zu Praxis senden. Nach Einsicht der Unterlagen, werden wir uns mit Ihnen bezüglich der Lachgassedierung in Verbindung setzen.

### **Wichtig:**

Die Unterlagen müssen spätestens 7 Tage vor der eigentlichen Behandlung ausgefüllt in der Praxis sein!

---

Ort, Datum

Name des Kindes

---

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater

**Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das alleinige Sorgerecht zusteht, oder er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.**

Patientenname \_\_\_\_\_

Erziehungsber. \_\_\_\_\_

## Fragebogen (Anamnese)

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch ausfüllen!

Geb.: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Besteht z.Zt. eine Erkältung  NEIN  JA

Traten in den letzten Wochen Durchfall oder Erbrechen auf?  NEIN  JA

Liegt eine andere Infektion vor?  NEIN  JA

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Aspirin, ASS, Marcumar)?  NEIN  JA

Für Patientinnen:  
Besteht eine Schwangerschaft?  NEIN  JA

Rauchen Sie?  
Wenn ja, was und wieviel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie täglich Alkohol?  
Wenn ja, was und wieviel? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen?  NEIN  JA  
Welche? \_\_\_\_\_

War Ihnen nach früheren Narkosen übel oder mussten Sie erbrechen?  NEIN  JA

Ergänzende Bemerkungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen?

Herz / Kreislauf: Rhythmusstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, Hoher o. niedriger Blutdruck, Atemnot  
Oder \_\_\_\_\_  NEIN  JA

Gefäße: Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall  NEIN  JA

Lunge: Chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Lungenblähung, Zwerchfelllähmung, Schlafapnoe  NEIN  JA

Speiseröhre, Magen, Darm: Verdauungsstörungen, Sodbrennen, Refluxkrankheit  NEIN  JA

Nieren: Nierenentzündung, Nierensteine, Dialyse  NEIN  JA

Stoffwechsel: Zuckerkrankheit, Gicht  NEIN  JA

Skelettsystem: Gelenkerkrankungen, Osteoporose, Rheuma  NEIN  JA

Nerven / Gemüt: Krampfanfälle, Lähmungen, Depressionen  NEIN  JA

Augen: Grüner Star, Grauer Star, Augen OP  NEIN  JA

Blut: Gerinnungsstörung, häufiges Nasenbluten, Nachblutungen nach OPs  NEIN  JA

Muskeln: Muskelschwäche, Muskelerkrankung  NEIN  JA

Allergie: Gegen Medikamente, Betäubungs-/ Schmerzmittel, Desinfektionsmittel, Latex (Gummihandschuhe)  NEIN  JA

Ergänzende Bemerkungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Den Fragebogen habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Fragen wurden mit dem Behandler ..... durchgesprochen.

Datum:

Unterschrift: