

## **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	NEIN	JA
Besteht z.Zt. eine Erkältung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traten in den letzten Wochen Durchfall oder Erbrechen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine andere Infektion vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Aspirin, ASS, Marcumar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, was und wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie täglich Alkohol? Wenn ja, was und wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Drogen? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Ihnen nach früheren Narkosen übel oder mussten Sie erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzende Bemerkungen: _____ _____		

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen?	NEIN	JA
<b>Herz / Kreislauf:</b> Rhythmusstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, Hoher o. niedriger Blutdruck, Atemnot Oder _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gefäße:</b> Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lunge:</b> Chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Lungenblähung, Zwerchfelllähmung, Schlafapnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Speiseröhre, Magen, Darm:</b> Verdauungsstörungen, Sodbrennen, Refluxkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nieren:</b> Nierenentzündung, Nierensteine, Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stoffwechsel:</b> Zuckerkrankheit, Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Skelettsystem:</b> Gelenkerkrankungen, Osteoporose, Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nerven / Gemüt:</b> Krampfanfälle, Lähmungen, Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Augen:</b> Grüner Star, Grauer Star, Augen OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Blut:</b> Gerinnungsstörung, häufiges Nasenbluten, Nachblutungen nach OPs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Muskeln:</b> Muskelschwäche, Muskelerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergie:</b> Gegen Medikamente, Betäubungs-/ Schmerzmittel, Desinfektionsmittel, Latex (Gummihandschuhe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzende Bemerkungen: _____ _____		

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

Datum:

Unterschrift: