

Patientenfragebogen für eine Lachgassedierung

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtstag

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung in Lachgassedierung die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Erziehungsberechtigter

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

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein

Herzerkrankung Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Endokarditis-Prophylaxe Ja Nein

Medikamente

Allergien/Unverträglichkeit

Lokalanästhetika Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

andere:

Weitere Erkrankungen

Asthma Ja Nein

Lungenerkrankung Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Ohnmachtsneigung Ja Nein

Grüner Star (Glaukom) Ja Nein

andere:

Medikamente

Weitere wichtige Angaben für die Behandlung mit Lachgas:

Emphysem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Chron. obstrukt. Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Eingeschränkte oder behinderte Nasenatmung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nasennebenhöhlen Probleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Pneumothorax	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ileus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Augen-OP mit Gasblase	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychopharmaka	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gabe von Zytostatika/ Chemotherapeutika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vitamin B12 Mangel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Alkohol-/ Drogenabusus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wenn Ja, was: _____

Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat:

Wichtige Informationen

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

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

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter