

Aufklärungsbogen Analgo-Sedierung¹ („Dämmerschlaf“ auf Wunsch § 2 Abs. 3 GOZ)

für die geplante Behandlung:

PKV: Vereinbarung der Vergütung nach § 1 (2) und § 2 (3) der amtl. GOZ alternativ: GKV nach BMV-Z § 8 Abs. 7 Satz 3

zwischen

Herrn/ Frau _____ geb. am: _____

und der Praxis Dr. Jens Dreißig

Für die geplante zahnärztliche Behandlung wird nach ausführlicher individueller Auswertung und Beratung laut amtlicher GOZ vereinbart:

Analgo-Sedierung inkl. i. v. Injektion, ggf. -Infusion, Medikamente, Überwachung während und nach der Behandlungszeit, Material	je begonnene Stunde € 175,00 jede weitere begonnene ½ Stunde Eigenanteil € 85,00	
Zusätzlich Injektion eines die Schwellung mindernden Mittels (Prednisolon 100 [®]) auf Wunsch oder Anordnung des Arztes (§ 2 Abs. 3 GOZ)	Eigenanteil € 20,00	

Lesen Sie diese Seite am Abend vor dem Termin vollständig durch und beachten Sie unbedingt alle Punkte, da sonst die Analgo-Sedierung nicht durchgeführt wird!

Bitte AM TAG DES EINGRIFFS ausgefüllt und UNTERSCHRIEBEN ABGEBEN!

Ohne Begleitperson und ohne vorherige Abgabe des ausgefüllten Formulars ist keine Sedierung möglich!

Die bei Ihnen geplante Behandlung werden wir in örtlicher Betäubung durchführen. Davor legen wir einen intravenösen Zugang (ggf. eine Infusion) an, in den wir je nach Bedarf ein- oder mehrmals kurzwirksame Beruhigungs-, Schmerzmittel und andere Medikamente spritzen können. Die Beruhigungsmittel wirken entspannend und führen zu einem Dämmer- bzw. Teilschlaf (Analgo-Sedierung)¹. Während der Behandlung überwachen wir wichtige Körperfunktionen (Atmung, Kreislauf etc.) kontinuierlich.

Für die Berechnung der Dosierung wichtig: Mein **aktuelles Körpergewicht** beträgt: _____ kg

- **Bis 2 Stunden** vor dem Eingriff sind **leichte Speisen** erlaubt, **nicht mehr Rauchen**
- **1 Stunde vor** dem Termin von dem verordneten **Antibiotikum** **Tabl.** mit stillem **Wasser/Tee** einnehmen
- **Bis Sie sich auf den Weg zu uns machen** ist Wasser oder Kräuter-Tee-Trinken erlaubt.
- Sie müssen von Ihrer **Begleitperson** in die Praxis **gebracht** werden.
- Der Patient/die Patientin müssen nach einer vom Arzt festgelegten individuellen **Aufwachzeit 1 bis 2 Stunden** in der Praxis, von einer Begleitperson betreut und anschließend von dieser nach Hause gebracht werden.

Name der Begleitperson: _____ Alter: _____ Tel.-Nr.: _____

- Seien Sie am Tag des Eingriffs **davor + danach** unter einer uns bekannte **Rufnummer jederzeit erreichbar!**
- Die **häusliche Betreuung** durch eine **erwachsene Person** muss **für 8 Stunden sichergestellt** sein.
- Innerhalb von **8 Stunden nach dem Eingriff sind Sie Arbeits-/ Schulunfähig und dürfen** nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, nicht an laufenden Maschinen arbeiten, keine Entscheidungen treffen, keine verantwortlichen Tätigkeiten und kein Alkohol! Kümmern Sie sich ggf. um eine Betreuung Ihrer Kinder.
- **Nach** dem Eingriff und am Tag danach mindestens 2-3 l stilles Wasser oder kalten Kräutertee **trinken**

Am Abend/ Morgen vor dem Eingriff bitte Duschen und Haare waschen.

Bringen Sie bitte 1 kleines **Kopfkissen**, 1 frisch **gewaschene Decke** und 2 **Eis-Akkus mit**, die Sie an der Anmeldung abgeben können. Entfernen Sie Nagellack am linken & rechten Zeigefinger, lassen Sie **Ohringe, Piercings, Halsketten** möglichst zu Hause. Tragen Sie **keine Kontaktlinsen, kein Make-up** und saubere Kleidung mit **weiten Ärmeln**.

Mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen:

- Bluterguss/ Venenreizung an der Einstichstelle sind möglich; Nerv-Schädigungen, Nachblutungen und Infektionen sehr selten.
- Unerwünschte Wirkungen von Betäubungsmitteln und anderen Medikamenten (z.B. Juckreiz, Übelkeit, Atembeschwerden) können vor allem bei Überempfindlichkeit/Allergie und bei Vorerkrankungen auftreten, nach denen wir Sie vorab fragen.
- Lebensbedrohliche Komplikationen, z. B. Herz-Kreislauf- oder Atemstillstand, Einatmen von Mageninhalt oder schwerwiegende Unverträglichkeitsreaktionen sind extrem selten.

Alle meine Fragen wurden beantwortet. Mir wurde während und nach dem Aufklärungsgespräch ausreichend Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen, diese wurden umfassend und in einer mir verständlichen Form beantwortet. Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich, dass ich ausreichend vorinformiert bin, keine weitere Überlegungsfrist benötige, keine weiteren Fragen habe und ohne Zeitdruck frei entscheide. Nach ausreichender Überlegung willige ich in eine Analgo-Sedierung ein. Mit notwendigen Änderungen des Betäubungsverfahrens sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen sowie nötigen Nachkontrollen bin ich einverstanden. Eine **Erstattung** dieser Kosten durch gesetzl./private Krankenkassen, Zusatz-/Versicherungen und Erstattungsstellen **erfolgt** meistens **nicht**.

Eine Kopie dieser Einwilligung habe ich erhalten. Ich habe diesen Aufklärungsbogen mind. 24 Stunden vor dem Eingriff erhalten.

Dinkelsbühl, Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger/Patient(in), Erziehungsberechtigter
(Diese Einwilligung kann nur schriftlich widerrufen werden.)

Unterschrift Arzt

¹ Analgo-Sedierung ist eine Form der Beruhigung, wodurch der Patient entspannt ist, aber keine Narkose. Die Tiefe der Wirkung variiert bei jedem. Die Kosten sind unabhängig von der persönlich empfundenen Analgo-Sedierungstiefe fällig. Sollten Sie Bedenken haben, dass Ihnen die Tiefe der Beruhigung nicht ausreicht, können Sie anstelle dessen eine Vollnarkose zum Preis von derzeit 430 € je angefangene Stunde vereinbaren.



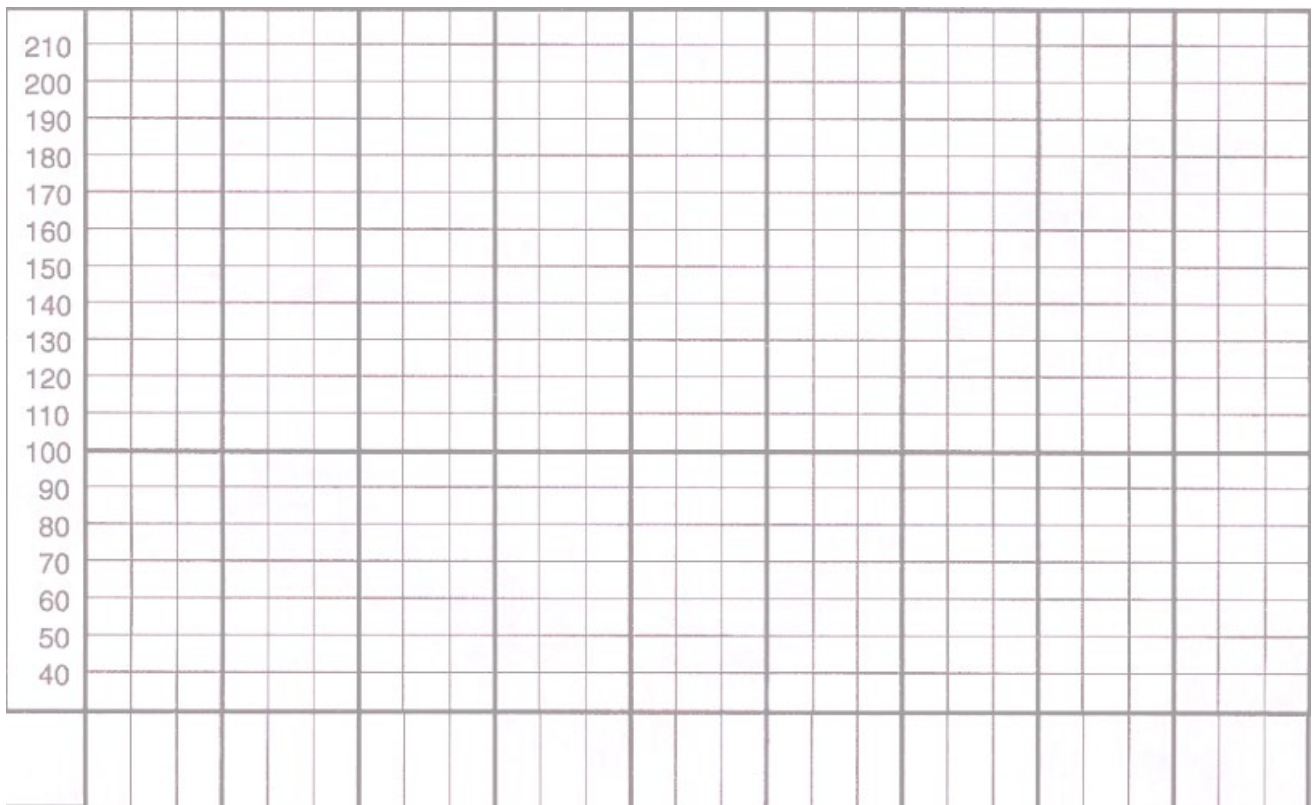
Sedierungsprotokoll:

Ende: _____

Entlassungszeit: _____ Uhr

Midazolam-Menge: _____ ml (5mg Ampullen)

Blutdruck und Puls eintragen: ☒ oder ☐ Seda-Life-Protokoll in Solutio/Charly



Patient: ja ☐ nein ☐

Arzt: Dr. Dreißig ☐ ZÄ Qafmolla ☐ Dr. Bucka ☐ Dr. Erber-Leicher ☐

Entlassungszeit: _____ Uhr Unterschrift Begleitperson: _____