

## **Einverständniserklärung für eine Lachgas-Sedierung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die Information "Stickoxydul-Entspannung" erhalten und verstanden habe und, dass ich unter keiner der unten aufgeführten Krankheiten leide bzw. keine Schwangerschaft besteht:

- Behinderte Nasenatmung
- Drogenmißbrauch
- Chronische, obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Alkoholabusus
- Schwangerschaft
- Psychopharmaka, Sedativa
- Neuromuskuläre Störungen, z. B. Multiple Sklerose
- Schwere Psychosen und Angstzustände
- Beeinträchtigte Kommunikationsfähigkeit
- Luftgefüllte Höhlen und Räume,  
z. B. frische Augenoperationen, Mittelohrentzündungen
- Klaustrophobie (Platzangst)
- Personen im Entzug von Rauschmitteln
- Erhöhter intrakranieller Druck
- Bleomycinpräparate (Krebstherapie)
- Veränderungen der Blut-Hirnschranke
- Linksherzinsuffizienz
- Vitamin B12 Folsäuremangel/-störungen
- Rechtsherzbelastung

Zahnarztpraxis am Kurpark  
 **DR. BARTEL**  
[K O L L E G E N]

Weiterhin bestätige ich, dass ich weder:

- Drogen
- Alkohol noch
- Beruhigungs-/Betäubungsmittel zu mir genommen habe.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Wirkung der Lachgas-Sedierung durch Einnahme von Drogen, Alkohol oder Beruhigungsmitteln verstärkt werden kann, und es in seltenen Fällen zu Unwohlsein und Erbrechen kommen kann.

Ich erkläre mich mit der vorgeschlagenen Lachgassedierung einverstanden und habe keine weiteren Fragen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

**Bei Kindern:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

**Vergütungsvereinbarung gemäß § 2 Abs. 3 GOZ**

zwischen \_\_\_\_\_  
(Zahlungspflichtiger/Patient)

und \_\_\_\_\_  
(Zahnarzt/Zahnärztin)

Vergütungsvereinbarung gemäß §2 Abs. 3 GOZ

Auf Verlangen des Zahlungspflichtigen werden – nach eingehender Beratung über die Behandlungsmaßnahmen – folgende Leistungen gem. § 1 Abs. 2 Satz 2/§ 2 Abs. 3 Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, und ihre Vergütung in diesem Heil- und Kostenplan vereinbart:

Leistung	Anzahl (in Minuten)	Euro
<b>Lachgassedierung</b>		
<b>Gesamtbetrag</b>		

Es wurde darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Der Zahlungspflichtige bestätigt, eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahnarzt / Zahnarzt