

## Informationsblatt zur Analgosedierung (=Dämmerschlaf)

Patient(in): \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

Bei Ihnen / ihrem Kind / ihrer betreuten Person soll auf ausdrücklichen Wunsch ein operativer Eingriff unter Anwendung einer intravenösen Medikamentengabe zum Dämmerschlaf (=Analgosedierung) und zur Abschwellung (=Antiphlogistik) mittels Midazolam® und Cortison® durchgeführt werden.

Durch die Sedierung sind Sie / ihr Kind / die von ihnen betreute Person am Operationstag in ihrer Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt und **nicht** voll **geschäftsfähig**. Zur Sicherheit müssen daher folgende Punkte beachtet werden:

- Die Operation findet statt in unserer Praxis: **Verdistraße 101, 81247 München**  
Tel.: 089/ 811 77 77
- Frühstücken Sie am Operationstag und kommen Sie **nüchtern** zum Eingriff; d.h. je nach Vorgabe letztes Mal Essen oder Trinken 2 bis 6 Stunden vor dem Eingriff.
- Nehmen Sie ihre **Medikamente wie vorab besprochen** ein. Im Zweifelsfall, rufen Sie bitte vorher nochmal bei uns an.
- Kommen Sie ungeschminkt und ohne Nagellack zum Eingriff.
- Organisieren Sie eine volljährige **Begleitperson**, die Sie nach dem Eingriff nach Hause begleitet und dort noch für mindestens 4 weitere Stunden zur Verfügung steht.
- Nach dem Eingriff werden Sie noch mindestens 2 Stunden von uns in der Praxis überwacht. Sie dürfen die Praxis mit ihrer Begleitperson erst nach der **Abschlussuntersuchung** durch einen Arzt verlassen.
- Sie dürfen 24 Stunden nach dem Eingriff nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen und kein Kraftfahrzeug führen.

Wie bei allen medizinischen Eingriffen, so kann es auch bei der Analgosedierung zu unerwünschten Nebenwirkungen/ Komplikationen kommen. Diese sind neben den mündlich besprochenen allgemein-medizinischen und chirurgischen Aspekten bei der von uns verwendeten Sedierung mit Midazolam® im Speziellen:

- Paradoxe Reaktionen auf Midazolam® (z.B. starke Unruhe)
- Blutdruckabfall und Atemdepression

Die oben genannten Risiken sind allerdings sehr selten und bei der von uns verwendeten Dosierung praktisch nicht zu erwarten. Zur Sicherheit werden wir Sie während der gesamten Zeit bei uns anhand der Vitalparameter (Puls, Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Allgemeinzustand) medizinisch überwachen.

### Erklärung:

Ich wurde über das Vorgehen, sämtliche Risiken, Komplikationen und Kosten aufgeklärt. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich habe die oben genannten Hinweise zur Analgosedierung zur Kenntnis genommen und werde diese genau beachten.

München, den \_\_\_\_\_  
(Datum)

.....  
(Zahn-)Arzt/ -Ärztin

.....  
(Patient/-in, Sorgeberechtigter, Betreuer)

Gewicht d. Patientin/ -en: .....