



MERKBLATT FÜR AMBULANTE SEDIERUNGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
bei Ihnen soll ein zahnärztlicher / oralchirurgischer Eingriff in medikamentöser Sedierung (Dämmer Schlaf) durchgeführt werden.

Bitte beachten Sie vor und nach dem Eingriff folgende Hinweise:

- | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Schlaganfall | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) |
| JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Herzinsuffizienz | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Allergien auf Midazolam (Dormicum) |
| JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Atemwegserkrankungen | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Allergien auf Antibiotika |
| JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | erhöhter Hirndruck | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Allergien auf Pflaster |
| JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Schlafapnoesyndrom | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Allergien auf Schmerzmittel |
| JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Neuromuskulären Erkrankungen | | | |

Sollten Sie eine der o. g. Fragen mit „ja“ beantwortet haben, setzen Sie sich bitte noch einmal mit der Praxis in Verbindung:

Telefon: 06421 / 1688990

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Behandlung und freuen uns, dass Sie sich für eine angst- und schmerzfreie Behandlung in Sedierung entschlossen haben.

Ihre Fachzahnarztpraxis Dr. Würdinger