

INFORMATION ZUR ANALGOSEDIERUNG „Dämmerschlaf“ bei zahnärztlichen Behandlungen

Sie haben sich vor dem geplanten Eingriff für eine(Analgo)sedierung entschieden. Die intravenös verabreichten Midazolam und Propofol, erlauben je nach Erfordernissen einen abgestuften Zustand von angenehmer Entspannung bis zu einem tiefen Schlaf. Zusätzlich könnte eine Schmerzausschaltung mit Fentanyl oder Rapifen stattfinden. Somit wird Ihre Angst deutlich reduziert, die Behandlungsdauer wird kürzer empfunden, die Stressbelastung wird geringer und die bestmögliche Zusammenarbeit mit ihrem behandelnden Arzt in entspannter Atmosphäre erzielt. Im Unterschied zur Vollnarkose atmen Sie unter (Analgo)sedierung selbstständig und die Hustenreflexe sind erhalten. Alle verwendeten Medikamente können jedoch eine Dämpfung der Atmungs- und Kreislauffähigkeit sowie in seltenen Fällen Unverträglichkeitsreaktionen bewirken. Aus diesen Gründen setzt die Durchführung neben der notwendigen Ausstattung und definierten Organisationabläufen eine besondere Erfahrung und intensivmedizinische Qualifikation des für ihre Analgosedierung verantwortlichen Narkosearztes voraus. Diese Voraussetzungen sind in dieser Praxis vollständig erfüllt.

Bitte halten Sie sich zur Vermeidung von Komplikationen (Erbrechen von Mageninhalt und dessen Eindringen in die Lunge) an die folgende

Empfehlung zur Nüchternheit und Medikamenteneinnahme:

Bis 4 Stunden vor der Narkoseeinleitung kann Nahrung, etwa in Form einer kleinen Mahlzeit, aufgenommen werden. Klare Flüssigkeiten, können in kleinen Mengen (ein bis zwei Gläser/Tassen) bis zu 2 Stunden vor Narkoseeinleitung getrunken werden. Dauermedikamente können am Operationstag mit einem Schluck Wasser bis kurz vor dem Eingriff eingenommen werden.

Nach der (Analgo)sedierung wird ihre Reaktionsfähigkeit noch einige Stunden beeinträchtigt! Rechnen Sie damit, dass Sie nach dem Eingriff noch mindestens 30 Minuten zur Beobachtung in der Ordination verbleiben. Für die Entlassung brauchen sie eine Begleitperson, die Sie nach Hause bringt und möglichst noch ein bisschen bei ihnen bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die oben genannten Punkte zur Kenntnis genommen zu haben.

PATIENT: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____