

Lachgas-Anamnese

Patient Name _____ Vorname _____

Im Folgenden werden wichtige Angaben zur Behandlung mit Lachgas abgefragt. Bitte machen Sie die entsprechenden Angaben.

Vielen Dank.

Haben oder hatten Sie:

Emphysem	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
chron. Obstruktive Lungenerkrankung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Nasatmung behindert / verlegt	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlenentzündung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Pneumothorax	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Mittelohrentzündung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Augen-OP mit Gasblase	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Psychopharmaka	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Gastrektomie	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Schädelröntgen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Mukoviszidose	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Ich bin darüber aufgeklärt, dass die Wirkung der Lachgassedierung durch die Einnahme von Drogen, Alkohol oder Beruhigungsmitteln verstärkt werden kann.

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

Datum

Unterschrift