

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:**

- am Tage des Eingriffs dürfen sie die Praxis nur in Begleitung einer volljährigen Person verlassen
- nach dem Eingriff dürfen Sie für 24 Stunden kein Fahrzeug führen und sollten jede aktive Teilnahme am Straßenverkehr unterlassen
- nach dem Eingriff sind Sie bis zum nächsten Tag nicht geschäftsfähig, d. h. Sie dürfen keine Verträge oder Geschäfte abschließen
- nehmen Sie alle Medikamente vor und nach der Sedierung wie gewohnt ein
- Sie dürfen bis vier Stunden vor Beginn Speisen und Getränke wie gewohnt zu sich nehmen
- nehmen Sie bis zu 24 Stunden vor dem Eingriff keine alkoholischen Getränke oder sonstige Drogen zu sich
- **bitte führen Sie am Tag des Eingriffs oder am Vortag keine eigenständige Medikation mit Beruhigungs- oder Schlaftabletten durch, da diese zu einer ungewollten Wirkungsverstärkung führen!**

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie an einer der folgenden Erkrankungen leiden:

	ja	nein		ja	nein
Schlaganfall _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien auf Midazolam (Dormicum) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien auf Antibiotika _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhter Hirndruck _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien auf Pflaster _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafapnoesyndrom _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien auf Schmerzmittel _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuromuskulären Erkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Telefon: 05731 / 2 88 22

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

Ihr Praxis Team
tunkel&tunkel