

Patientenfragebogen für eine Lachgassedierung



Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung in Lachgassedierung die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum: _____ Erziehungsberechtigter: _____

Sehr geehrte Patient/-innen,

um für Ihre Behandlung geeignete Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte.

Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Besteht oder bestand eine der folgenden Erkrankungen? (zutreffendes unterstreichen bzw bei Sonstiges)

	ja	nein
Erkrankungen des Herzens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher / Bypass - OP / künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufbeschwerden / hoher / niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt / Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie oder Anfallsleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankung / Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja, SSW: _____

Leiden Sie an Unverträglichkeiten(Allergien)? ja nein

Wenn ja, welche?: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (zB Gerinnungshemmer)? ja nein

Wenn ja, welche?: _____

Nehmen Sie Drogen, Betäubungsmittel oder ähnliche Substanzen (zB Cannabis)? ja nein

Wenn ja, welche?: _____

Weitere wichtige Angaben für die Behandlung mit Lachgas:

	ja	nein
Emphysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingeschränkte oder behinderte Nasenatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlenprobleme / -erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumothorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ileus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelohrentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augen-OP mit Gasblase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmitteleinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gabe von Zytostatika / Chemotherapeutika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin B 12 - Mangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol- Drogenabusus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche?: _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Medikamenteneinnahme mit.

Wichtige Informationen:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich bestätige, dass alle angegebenen Daten der Wahrheit entsprechen und ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle, während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift