

Zahnmedizinische Praxis

Karl-Marx-Allee 90 A • 10243 Berlin
Telefon: 030 / 206 202 33
Telefax: 030 / 206 202 34
E-Mail: info@zahnarzt-implantat-zentrum.de
www.zahnarzt-implantat-zentrum.de

Aufklärung, Behandlungsvertrag und Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Behandlung im Dämmerschlaf

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich in einem Gespräch mit Ihrem Zahnarzt entschieden, eine zahnärztliche Behandlung im Dämmerschlaf durchführen zu lassen.

Medizinische Information

Für die Sedierung verwenden wir im ZahnZentrum Friedrichshain die Medikamente Disoprivan® (Wirkstoff Propofol) und ggf. Dormicum® (Wirkstoff Midazolam), welche angstlösende und entspannende Eigenschaften besitzen. Die Medikamente versetzen Sie in einen Dämmerschlaf, welcher die Behandlung für Sie angenehmer gestaltet. Die Gabe des Medikaments erfolgt über eine Venenverweilkanüle, i. d. R. in die Armvene, die nach der Behandlung entfernt wird.

Beide Medikamente sind seit Jahrzehnten eingesetzt worden und gelten als sehr sicher.

Folgendes ist jedoch zu beachten:

- In seltenen Fällen kann ein sog. Überhangeffekt (engl. „hang-over“) auftreten. Deshalb dürfen Sie aus rechtlichen Gründen nach der Behandlung 12 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, insbesondere kein Fahrzeug führen, keine schweren oder gefährlichen Maschinen bedienen und keine rechtlich bindenden Entscheidungen treffen. Nach der Behandlung dürfen Sie die Praxis auch nur in Begleitung einer volljährigen Person verlassen, die Sie sicher nach Hause bringt und weitere 1 - 2 Stunden bei Ihnen bleibt.
- Midazolam ist ein angstminderndes, entspannendes Medikament, welches jedoch in seltenen Fällen bei einigen Patienten zu vorübergehender vermehrter Unruhe führen kann (sog. paradoxe Reaktion).
- In seltenen Fällen können die Medikamente zu einer Atemabschwächung (Atemdepression) und einem Blutdruckabfall führen. Zu Ihrer Sicherheit werden während des gesamten Eingriffs Ihre Herzfrequenz und Sauerstoffsättigung im Blut per Monitor überwacht.
- Bei allen Medikamenten können allergische Reaktionen auftreten. Sie können z. B. in Form von Übelkeit, Juckreiz und Hautausschlag auftreten. Schwerwiegende allergische Reaktionen mit lebensbedrohlichen Komplikationen sind sehr selten.
- An der Einstichstelle der Venenverweilkanüle kann es in seltenen Fällen zu einer Venenentzündung, Gefäßverletzung und/oder Nachblutung (Hämatom) kommen.

Folgendes Verfahren ist bei Ihnen vorgesehen

Einspritzung von Propofol und ggf. Midazolam in eine Vene zur Sedierung vor und während einer zahnärztlichen Behandlung.

Die ambulante Behandlung ist für den folgenden Tag geplant _____
Datum

Bemerkungen

Kosten

Die Kosten betragen 250,97 € (bis zu 60 min) bzw. 317,05 € (mehr als 60 min). Die Behandlung beginnt mit der Zeit ab der Medikamentengabe bis zum Ende der Behandlung durch den Zahnarzt. Wenn der Termin nicht mindestens 3 Tage vorher abgesagt wird, fällt eine Ausfallgebühr in Höhe von 125 € an. Die Ausfallgebühr wird erlassen bei ärztlicher Krankschreibung, Vorlegen eines Bescheinigungsnachweises oder Bestätigung des Arbeitgebers, dass Sie den Termin nicht wahrnehmen konnten. Das Zeugnis ist nur schuldbefreiend, wenn uns dieses innerhalb von 14 Tagen vorliegt.

Sollten Sie krankheitsbedingt kurzfristiger absagen müssen, werden die Kosten nur erlassen, wenn eine ärztliche Krankschreibung vorgelegt wird.

Einwilligung und Behandlungsauftrag

Hiermit bestätige ich, dass ich die Aufklärung zur Sedierung mit Propofol und ggf. Midazolam gelesen und verstanden habe. Durch das persönliche Gespräch mit der Zahnärztin/dem Arzt wurde ich hinreichend über die Risiken einer Sedierung aufgeklärt. Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Ich willige in die Sedierung für den oben genannten Eingriff ein.

Berlin, den _____
Datum Patientin/Patient/Bevollmächtigter Zahnärztin/Zahnarzt

Berlin, den _____
Datum Patientin/Patient/Bevollmächtigter Ärztin/Arzt

Empfangsbestätigung Zahlung

Betrag erhalten: 250,97 € 317,05 €

HINWEIS: Die Kosten werden nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

in bar EC-Karte VISA/MasterCard

Berlin, den _____
Datum, Unterschrift der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters

Exemplar 1: Patient
2: Zahnarzt
3: Arzt