INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**
Gesetzlicher Vertreter des Patienten (Vorname, Nachname):	
Bezeichnung der Gesundheitsleistung / des Behandlungsverfahrens (eventuell mehrerer Gesundheitsleistungen / Behandlungsverfahren): **INHALATIONSANALGOSEDIERUNG BEI EINEM KIND BEI VOLLEM BEWUSSTSEIN**	

Zweck, Art, der erwartete Nutzen, die Folgen und die möglichen Risiken der Gesundheitsleistung:

Der Zweck dieser Gesundheitsleistung ist es, einen unkooperativen pädiatrischen Patienten auf eine Untersuchung oder einen Eingriff vorzubereiten.

Der vorgesehene Nutzen besteht darin, dass die Behandlung ruhiger und schmerzfreier verläuft und die Wahrscheinlichkeit, dass sich das Kind an die unangenehme Erfahrung erinnert, geringer ist, was wiederum weniger negative Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes hat. Bei der Inhalationsanalgosedierung wird ein 1:1-Gemisch aus Lachgas und Sauerstoff inhaliert, das Actynox.

Weitere Vorteile und Merkmale der Verabreichung eines inhalativen Medikaments:

- schneller Wirkungseintritt und Aufhebung der Wirkung innerhalb von wenigen Minuten,
- wirksame Linderung von kurzfristigen Schmerzen,
- minimale Nebenwirkungen,
- analgetische, sedierende (beruhigende) und amnestische (das Kind wird sich möglicherweise nicht an die Behandlung erinnern) Wirkung bei reduziertem Bewusstsein des Patienten,
- einfachere Verabreichung des Lokalanästhetikums.

Die Risiken der Behandlung sind folgende:

Gelegentliche Komplikationen können Schwindel, Euphorie, Übelkeit bis hin zum Erbrechen sein.

Andere Möglichkeiten, ihre Eignung, Vorteile und Risiken:

Behandlung eines nicht kooperierenden pädiatrischen Patienten mit anderen Medikamenten, psychologischen Ansätzen, unter allgemeiner Betäubung (Anästhesie) oder mit Hilfe von sanften legalen Festhaltemaßnahmen (Griff).

Die Gesundheitsleistung wird folgendermaßen durchgeführt:

Ein gesundes Kind ohne Schnupfen, Husten und erhöhter Temperatur, das nicht nüchtern ist, wird unter ärztlicher Aufsicht das Präparat Actynox über ein Mundstück oder eine Gesichtsmaske über die erforderliche Zeit inhalieren.

Die Wirkung setzt nach 4 bis 5 Atemzügen ein. Das Maximum wird in der Regel nach 2 bis 5 Minuten des Einatmens erreicht. Die Inhalation von Actynox wird mit Unterbrechungen

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**

während des gesamten medizinischen Eingriffs fortgesetzt. Nach Abschluss der Inhalation wird der pädiatrische Patient etwa 5-10 Minuten lang unter Aufsicht in Ruhe gelassen, bis seine Aufmerksamkeit und seine Bewegungskoordination zufriedenstellend wiederhergestellt sind.

Vorteile: minimale Belastung für den Patienten, weniger unerwünschte Nebenwirkungen.

Nachteile: langsamerer Wirkungseintritt im Vergleich zur intravenösen Verabreichung von Medikamenten.

Einschränkungen und Empfehlungen für den Alltag im Hinblick auf den Gesundheitszustand und mögliche Veränderungen der gesundheitlichen Tauglichkeit nach Durchführung der genannten medizinischen Leistung

Kurzfristige Nachsorge in einer Ambulanz oder auf der allgemeinen Krankenstation.

Wenn keine traumatische Schädigung des betäubten Bereichs durch den Narkosebiss vorliegt, gehen die Nebenwirkungen (Schluckauf, Doppeltsehen, Benommenheit, Kribbeln der Haut), die mit der während der Bewusstlosigkeit verwendeten Analgosedierungsmethode verbunden sind, in der Regel rasch zurück. Je nach dem durchgeführten Behandlungsverfahren wird sich der pädiatrische Patient dann allmählich erholen.

Weitere notwendige Behandlungsmaßnahmen:

Bei Bedarf Kontrollbesuch zum vereinbarten Termin.

Hiermit erkläre ich, dass der mich belehrende Arzt mir persönlich alles erklärt hat, was Inhalt dieser schriftlichen „Informierten Einwilligung" ist und ich die Möglichkeit hatte ihm Fragen zu stellen, auf welche er mir ausreichend Antwort gab. Ich erkläre, dass ich die oben angeführte Belehrung voll verstanden habe und erteile ausdrücklich meine Einwilligung für die Durchführung der ärztlichen Behandlung.

Im Falle, dass der Patient **minderjährig ist oder mit eingeschränkter Geschäftsfähigkeit** und angemessen geistig und willensfähig reif ist:

Hiermit erkläre ich, dass ich im oben genannten Umfang belehrt worden bin.

Wurden dem Patienten diese Daten nicht zur Verfügung gestellt, ist der Grund für die Nichtbereitstellung der Daten anzugeben:

den Grund angeben

In Prag am Datum einfügen

.....	.....
Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters	*Vorname, Nachname*

Dieses Formular ist auch direkt im KIS verfügbar.

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**

und Unterschrift Arztes

.....

Unterschrift des minderjährigen Patienten /

Patienten mit eingeschränkter Geschäftsfähigkeit

Wenn der Patient/gesetzliche Vertreter aufgrund seines Gesundheitszustands nicht unterzeichnen kann:

Grund, aus dem der Patient/gesetzliche Vertreter nicht in der Lage ist zu unterzeichnen:

den Grund angeben

Die Art und Weise, wie der Patient/gesetzliche Vertreter seinen Willen zum Ausdruck gebracht hat:
die Art und Weise angeben

.....

Vorname, Nachname und Unterschrift des Zeugen