

# kleene grosse zähne

## Einverständniserklärung

### Lachgas-Sedierung

Name / Vorname

Geburtsdatum

---

Hiermit erkläre ich, dass ich die Informationen ‚Distickstoffoxid (N<sub>2</sub>O)‘ erhalten und verstanden habe.  
Weiterhin bestätige ich, dass ich bzw. mein Kind weder

- Fieber habe/hat
- Drogen
- Alkohol
- Beruhigungsmittel / Betäubungsmittel
- Medikamente

zu mir/sich genommen habe/hat.

Ich bin darüber aufgeklärt, dass die Wirkung der Lachgas Sedierung durch die Einnahme von Drogen, Alkohol oder Beruhigungsmittel verstärkt werden kann.

Ich erkläre mich mit der vorgeschlagenen Lachgas-Sedierung einverstanden und habe keine weitere Fragen.

Berlin, den

Unterschrift Patient

---

Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

---