

**Gynäkologisch-Geburtshilfliche Klinik
Chefärzte**

Dr. med. Anne Vollmann

Dr. med. Dietrich Mosch

Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

Schwerpunkt spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Frauenklinik-MTK@varisano.de

Einwilligungserklärung zur Anwendung von Lachgas unter der Geburt

Selbstauskunft zu Vorerkrankungen

Um seltene Erkrankungen zu erkennen, die eine Lachgaseinschränkung einschränken oder verbieten, bitten wir Sie um Beantwortung, ob folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt sind:

- | | | |
|--|------|----|
| • Lungenerkrankungen | nein | ja |
| • Eingeschränkte Herzfunktion | nein | ja |
| • Vitamin B12 –Mangel | nein | ja |
| • Zustand nach Gasinjektion im Auge | nein | ja |
| • Starke Blähungen | nein | ja |
| • Schwere Präeklampsie | nein | ja |
| • Aktuelle Einnahme von bewusstseinstrübenden
Medikamenten / Drogen | nein | ja |

Anmerkung des Arztes zum Gespräch:

Einwilligung

Die Informationen und Hinweise zur geburtshilflichen Schmerzlinderung mittels Lachgas inkl. möglicher Nebenwirkungen habe ich gelesen. Über das Verfahren hat mich der unterzeichnete Arzt ausreichend informiert, dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen stellen. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich hinreichend informiert und willige hiermit vorsorglich in eine geburtshilfliche Lachgasanwendung ein. Die Entscheidung über die tatsächliche Inanspruchnahme erfolgt durch mich bedarfbezogen unter der Geburt. Hierfür reicht dann meine mündliche Erklärung.

Eine Kopie der Patienteninformation und diese Einwilligungserklärung ist mir ausgehändigt worden.

Bad Soden, den

Unterschrift der Patientin
bzw. Sorgeberechtigte

Unterschrift Ärztin / Arzt

Version:	01	Stand:	29.11.2022	Datei:	Einwilligung zur Anwendung von Lachgas unter der Geburt	Seite:	1
Erstellt:	CÄ Dr. Vollmann, CA Dr. Mosch						