

Dr. med. C. Wolf / V. Pizon / A. Stele / G. Mike

Dr. med. J. Greese / A. Brännich

Fachärzte für Radiologie

Eisenbahnstraße 13

16225 Eberswalde

Tel.: (03334) 2130 0

Fax: (03334) 2130 20

eberswalde@meinradiologe.de

Aufklärungsbogen Untersuchung mit Sedierung/Beruhigung

Familienname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

Sie oder Ihr Kind leiden unter Klaustrophobie (umgangssprachlich Platzangst) und wünschen aus diesem Grund die Verabreichung eines angstnehmenden Medikamentes.

Wir sind verpflichtet, Sie darüber aufzuklären, dass die Verabreichung dieses Medikamentes (Lorazepam) Ihr Reaktions- und Konzentrationsvermögen beeinflussen kann. Deshalb bitte wir Sie, uns folgende Punkte mit Ihrer Unterschrift zur Kenntnisnahme zu bestätigen:

1. Ich bin mit der Gabe des Medikamentes Lorazepam einverstanden.
2. Es besteht keine Allergie gegen Lorazepam oder andere Benzodiazepine.
3. Eine volljährige Begleitperson begleitet mich und bringt mich nach der Untersuchung nach Hause.
4. Ich wurde darüber informiert, dass ich nach Gabe des Medikaments für die Dauer von 24 Stunden:
 - nicht mehr aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf
 - nicht mehr arbeiten darf
 - keine Maschinen bedienen darf
5. Ich erkläre hiermit, dass ich nicht medikamentenabhängig bin und es auch noch nicht war.
6. Ich nehme zurzeit keine Antidepressiva oder Beruhigungsmittel ein.

Datum, Uhrzeit	Patientin/Patient (Sorgeberechtigter/Betreuer)	Ärztin/Arzt

Familienname, Vorname abholende volljährige Begleitperson: _____

Ich wurde darauf hingewiesen, dass der / die Patient/in _____, den / die ich nach der Untersuchung abhole, für 24 Stunden nicht fahrtüchtig ist und keine Maschinen bedienen darf.

Datum, Uhrzeit	Begleitperson

Von der Praxis auszufüllen

Applikation Lorazepam oral am _____ um _____ Uhr.

Verabreichte Dosis : _____ mg