

Praxis für Kernspintomographie (MRT) und Computertomographie (CT)

am Alexianer St. Joseph – Krankenhaus Berlin-Weißensee

Gartenstraße 1
13088 Berlin – Weißensee

Dres. med. D. Trautmann/M. Bartels/J. Kaiser; A. Oberbeck/G. Mike
Fachärzte für Radiologie

Tel.: (030) 92790792
Fax: (030) 92790791

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 (Diazepam) 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 Diazepam einverstanden.
2. Es besteht keine Allergie gegen Diazepam 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 Diazepam intravenös am _____ um _____ Uhr.

Verabreichte Dosis (Diazepam 10 mg/2 ml Injektionslösung): _____ mg

Ø Pulsfrequenz der Patientin / des Patienten _____

Ø Atemfrequenz der Patientin / des Patienten _____