

Platzangst-/Sedierungsaufklärungsbogen

Hiermit bestätige ich

dass ich durch Dr. über die Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung und Warnhinweise bei einer Prämedikation oder Sedierung aufgeklärt wurde. **Eine Sedierung ist nur mit einer Begleitperson, die bereits bei der Anmeldung anwesend sein muss, möglich (Folgetermin)!!!!**

Insbesondere wurde ich darauf aufmerksam gemacht, dass mir von der aktiven Teilnahme am Straßenverkehr und dem Bedienen von Maschinen abgeraten wurde.

Auch auf das Risiko einer Einschränkung der Geschäftsfähigkeit wurde ich aufmerksam gemacht.

Über die verstärkende Wirkung im Zusammenhang mit Alkohol wurde ich aufgeklärt. Der Genuss von Alkohol vor, während und nach der Sedierung ist zu unterlassen.

MRT ohne Sedierung durchführen, ev mit. _____ ja nein

Für die Sedierung ist eine Begleitperson notwendig, diese ist anwesend oder wird mitgebracht. (Zutreffendes markieren) ja kein MRT

Gibt es eine klinische Vorgeschichte mit Alkohol oder Drogenmissbrauch: ja nein

Besteht eine chronische Nieren, Leber, Herzerkrankung: ja nein

Genauere Angaben: _____

Besteht eine schwere Muskelerkrankung Myasthenia gravis: ja nein

Besteht eine Lungenerkrankung, Leiden Sie an Asthma (z.B. Wirkstoff: Theophyllin, Aminophyllin), COPD oder stark beeinträchtigt der Atmung (z.B. Schlafapnoe-Syndrom): ja nein

Genauere Angaben: _____

Nehmen Sie Medikamente aus der Gruppe: Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Krampflöser (Muskelrelaxanzien), Narkosemittel ja nein

Genauere Angaben: _____

Für weibliche Patienten: Könnten Sie schwanger sein? ja nein

- Für weibliche Patienten: Stillen sie derzeit? ja nein
- Besteht eine Depressive Erkrankung ja nein
- Besteht eine erhöhte Sturzneigung ja nein
- Leiden Sie unter Gicht bzw. Hyperurikämie und nehmen Probenecid ja nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Behandlung von Allergien (Antihistaminika) ja nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Behandlung von Anfallsleiden: Antiepileptika, z.B. Valproinsäure. ja nein
- Leiden Sie an hohem oder niedrigem Blutdruck: ja nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Behandlung von Bluthochdruck: z.B. Betablocker ja nein
- Nehmen Sie Herzmedikamente mit einem der Wirkstoffe: Verapamil, Diltiazem ja nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Behandlung von seelischen Erkrankungen: Psychopharmaka, andere Benzodiazepine, Barbiturate, Beruhigungsmittel zur Behandlung von Depressionen (z.B. Lithium), Neuroleptika: Clozapin ja nein
- Nehmen Sie Medikamente mit dämpfender Wirkung auf Gehirnfunktionen ein: Opiate enthalten in bestimmten Schmerz-, Substitutions- und Hustenmittel. ja nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Behandlung von Pilzinfektionen mit einem der Wirkstoffe: Itrconazol, Fluconazol, Ketoconazol ja nein
- Nehmen Sie Antibiotika mit einem der Wirkstoffe ein: Erythromycin, Clarithromycin ja nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Behandlung von Virusinfektionen (antivirale Arzneimittel) mit einem der Wirkstoffe ein: Saquinavir, Ritronavir, Indinavir, Nelfinavir, Amprenavir ja nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Behandlung von Magengeschwüren mit dem Wirkstoff ein: Cimetidin ja nein
- Sind Sie allergisch gegen: Midazolam, Bezodiazepine, Tavor (Lorazepam, Cellulose, Lactose-Monohydrat, Polacrillin-Kalium-Magnesiumstearat, Indigocarmin-E 132) ja nein

München, den

Unterschrift.....
(Patient)

Prämedikation mit.....

Sedierung mit.....

@QR[U@utsbarco
d_T12#2]

Unterschrift
(Arzt)

Bitte Wenden →