Radiologie München Süd West

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Sehr verehrte Patientin!
Sehr verehrter Patient!

Im Rahmen der heutigen MRT-Untersuchung wird geplant, Ihnen ***Dormicum 5 mg/ml*** zur Beruhigung zu verabreichen.

Bitte geben sie deshalb alle Medikamente an, die Sie derzeit Einnehmen (einschließlich Dosis):

.....

.....

.....

.....

Wir weisen darauf hin, dass das Reaktionsvermögen nach Gabe von Dormicum beeinträchtigt wird, so dass die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen reduziert ist. Dies gilt im verstärkten Maße in Zusammenhang mit Alkohol.

Sie sollten mindestens 24 Stunden nach Einnahme/Injektion kein Fahrzeug lenken, Maschinen bedienen und keinen Alkohol trinken.

Name des Patienten (Druckbuchstaben): .....

Ich bin über o.g. Nebenwirkungen aufgeklärt worden und mit der Gabe von Dormicum einverstanden.

.....	.....	.....
Datum	Unterschrift Patient	Behandelnder Arzt