EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Sehr verehrte Patientin!
Sehr verehrter Patient!

Im Rahmen der heutigen MRT-Untersuchung wird geplant, Ihnen
Dormicum 5 mg/ml Tavor 1,0 mg Expedit
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/ Tavor 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 12h nach der Untersuchung 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/Tavor einverstanden.

Datum	Unterschrift Patient	Behandelnder Arzt