



PATIENTENINFORMATION zur Verabreichung von MIDAZOLAM

Untersuchungsdatum: _____

Patienten ID: _____

Name: _____

Vorname: _____

Sehr geehrte/r Patient/in,

Geburtsdatum: _____

sie wünschen für die heutige Untersuchung eine Beruhigungsspritze.

Wir verabreichen Ihnen dazu das Medikament **Midazolam** in die Armvene.

An der Einstichstelle kann es – wie bei jeder Venenpunktion – in sehr seltenen Fällen zu einer Venenentzündung, Nachblutung und / oder Gefäßverletzung mit Thrombose kommen.

Midazolam ist ein angstlösendes, entspannendes und schlafauslösendes Medikament, dessen Wirkung sehr schnell nachlässt. Es hat **keinen** schmerzlindernden Effekt.

In sehr seltenen Fällen kann Midazolam zu Atemstörung und Blutdruckabfall führen. Daher werden Sie während der Untersuchung überwacht. Im Falle einer Nebenwirkung kann durch die Gabe eines Gegenmittels die Wirkung von Midazolam umgehend aufgehoben werden.

Um Nebenwirkungen möglichst zu vermeiden beantworten Sie uns bitte folgende Fragen:

1. Ihr **Alter**: _____ Jahre; Ihre **Größe**: _____ cm; Ihr **Körpergewicht**: _____ kg
2. Nehmen Sie Medikamente ein ? Ja Nein
welche: _____
3. **Schmerzmittel / -pflaster** (z.B. Fentanyl, Durogesic, Matrifen, Temgesic..), Ja Nein
Beruhigungsmittel, Antibiotikum (Makrolid), Pilzmittel, Virustatikum ?
4. Sind **Leberfunktionsstörungen** bekannt ? Ja Nein

Wir sind verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen, dass nach Verabreichung von Midazolam Ihre **Wachheit, Konzentrationsfähigkeit und Verkehrstauglichkeit eingeschränkt** ist.

Deshalb dürfen Sie nach einer Beruhigungsspritze die **Praxis nur in Begleitung** einer anderen Person **verlassen**. Sie dürfen auf dem Weg nach Hause nicht selbstständig am Straßenverkehr teilnehmen, **kein Fahrzeug führen** und keine gefährlichen Maschinen bedienen.

Bei Einverständnis bestätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift folgende Erklärung:

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass meine Wachheit, Konzentrationsfähigkeit und insbesondere Fahrtauglichkeit durch die Verabreichung des Medikaments Midazolam deutlich beeinträchtigt sein kann. Ärztlicherseits wurde mir daher untersagt, am heutigen Tag selbstständig am Straßenverkehr teilzunehmen, ein Fahrzeug zu führen und gefährliche Maschinen zu bedienen.

Metzingen / Reutlingen, den _____
(Datum)

(Unterschrift der/des Patientin/-en)
(Bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte/-r)

Ärztl. Vermerk: Pat. medizinisch i.O., unter Aufsicht entlassen. _____

Dieser Aufklärungsbogen wurde auf Grund einschlägiger Erfahrungen und Empfehlungen der entsprechenden nationalen Fachgesellschaften ohne Haftung für Richtigkeit und Vollständigkeit erstellt.