

## Patientenaufklärung MRT mit Sedierung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine MRT Untersuchung mit medikamentöser Sedierung (Beruhigung) geplant.

---

Name

Vorname

geb.

### **Bitte beantworten Sie folgende Fragen:**

1. Besteht bei Ihnen eine Allergie gegen Diazepam (Faustan) oder andere Benzodiazepine?

Ja  Nein \_\_\_\_\_

2. Ist bei Ihnen eine schwere Lungenfunktionsstörung oder Asthma bekannt?  
Besteht eine Herzinsuffizienz (Herzschwäche)?

Ja  Nein \_\_\_\_\_

3. Ist eine krankhaften Muskelschwäche (Myasthenia gravis) bekannt?

Ja  Nein \_\_\_\_\_

4. Haben Sie heute bereits Beruhigungsmittel eingenommen oder Alkohol getrunken?

Ja  Nein \_\_\_\_\_

5. Ist eine Nieren- oder Leberfunktionsstörung bekannt?

Ja  Nein \_\_\_\_\_

6. Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

Ja  Nein \_\_\_\_\_

### **Bitte beachte Sie folgende Hinweise:**

- Es besteht eine Einschränkung der Fahrtüchtigkeit.
- Am Tag der Untersuchung dürfen Sie nicht selber Auto fahren und keine gefährlichen Geräte oder Maschinen bedienen.
- Sie benötigen nach der Untersuchung eine Begleitperson.
- Es gilt ein Alkoholverbot für den Tag der Untersuchung.

### **Einverständniserklärung:**

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden.

Ich bin mit der Gabe eines Beruhigungsmedikamentes einverstanden.

---

Unterschrift

Datum