

Praxis für Radiologie und Nuklearmedizin Euskirchen
-Neuroradiologie-

Radiologen:

Prof. Dr .med. Karl F.R. Neufang Dr. med. Ralf Goldschmidt
Dr. med. Ulrich von Smekal (Neuroradiologie)
Nuklearmediziner: Dr. med. Peter Schmitz



D-53879 Euskirchen-Innenstadt, Berliner Str. 2, Telefon: 0225-51023, Telefax: 02251-76116
<http://radiologie.euskirchen.net>

**Einverständniserklärung zur angstlösenden und beruhigenden medikamentösen
Begleitung einer radiologischen Untersuchung**

Bei mir ist die folgende radiologische Untersuchung _____
erforderlich und von meinem behandelnden Arzt angeordnet worden. Wegen Platzangst bitte ich die
Ärzte der Praxis mir vor - und erforderlichenfalls auch während - der radiologischen Untersuchung
ein die Angst lösendes und beruhigendes Medikament (Diazepam, Valium®, o.ä.) zu verabreichen.
Das Medikament soll wegen der besseren Wirkung in eine Vene eingespritzt werden.

Mir ist bekannt und vom Arzt erklärt worden, daß nach Gabe dieses Medikamentes folgende
Nebenwirkungen auftreten bzw. auftreten können:

- Müdigkeit, Schläfrigkeit, Unaufmerksamkeit, Konzentrationsstörungen
- allergische Überempfindlichkeitsreaktion
- Störungen der Atmung bis zum Atemstillstand
- intensivmedizinische Notfallbehandlung
- nur bei versehentlicher Injektion des Medikamentes in eine Arterie / Schlagader:
akute Durchblutungsstörung, im äußersten Fall Verlust der betroffenen Gliedmaße

Mir ist darüber hinaus bekannt und vom Arzt erklärt worden, daß als Folge des Medikamentes am
gesamten Untersuchungstag

- meine Geschäftsfähigkeit (z.B. Abschluß von Verträgen) beeinträchtigt sein kann;
- meine Fähigkeit zur aktiven (z.B. Fahrrad- und Autofahren) und passiven
(Fußgänger) Teilnahme am Straßenverkehr eingeschränkt sein kann;
- daß die Einnahme weiterer Beruhigungsmittel oder Psychopharmaka oder der Genuß
von Alkohol am gleichen Tage die Wirkung und die Nebenwirkungen der hier
gegebenen Medikamente verstärken und auch unvorhersehbare „paradoxe“
Reaktionen bei mir hervorrufen kann.

Ich erkläre daß ich an keiner der folgenden Erkrankungen leide, die mit einem erhöhten Risiko von Nebenwirkungen einhergehen können:

- schwere Lungenerkrankung (z.B. Emphysem, chronische Bronchitis)
- Atemdepression / Schlaf-Apnoe-Syndrom
- kürzlicher Herzinfarkt
- kürzlicher Schlaganfall / Hirninfarkt
- schwere Leber- oder Nierenerkrankungen

Mit ist bewußt, daß falsche oder unvollständige Angaben mich und meine Gesundheit gefährden können.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, daß ich am Untersuchungstage

- die Praxis erst nach Verabschiedung durch den Arzt verlassen werde;
- nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, v.a. selbst kein Auto lenken werde;
- keine Maschinen bedienen oder Werkzeuge benutzen werde, von denen eine erhöhte Verletzungsgefahr ausgehen kann (z.B. Motorsägen, scharfe Messer etc.)

Ich bin ausführlich über den Eingriff und die damit verbundenen Risiken aufgeklärt worden. Ich habe die Aufklärung inhaltlich verstanden und hatte ausreichend Zeit Fragen zu stellen und habe keine weiteren Fragen.

Ich bitte um die Durchführung der radiologischen Diagnostik mit einer begleitenden angstlösenden und beruhigenden medikamentösen Behandlung.

Euskirchen, den _____

(Unterschrift des Patienten)

(Unterschrift des Arztes)