

Aufklärung/Bestätigung Reaktionsvermögen

z. B. Valium, Tavegil, Tagamet, Buscopan

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Name der Begleitperson: _____

Ist bei Ihnen ein erhöhter Augeninnendruck bzw.
eine Glaukomerkrankung (Grüner Star) bekannt? Ja Nein

Hiermit bestätige ich, dass ich darauf hingewiesen wurde, dass ich nach der erfolgten Medikamentengabe (Beruhigungsmittel bzw. Allergiebehandlung bzw. Ruhigstellung des Magen-Darm-Traktes) im Reaktionsvermögen und der Geschäftsfähigkeit (Unterzeichnung von Verträgen) für eine individuell unterschiedlich lange Dauer erheblich eingeschränkt bin. Als Teilnehmer am Straßenverkehr (als Fußgänger, Radfahrer, Nutzer öffentlicher Verkehrsmittel, Kraftfahrer) muss daher mit einer zusätzlichen Gefährdung gerechnet werden. Ich versichere, diese Gefährdung zu beachten und insbesondere in den nächsten 12 Stunden kein Fahrzeug/keine Maschine eigenhändig zu führen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass Beruhigungsspritzen zu einer Reizung der Venenwand führen können, selten kommt es zu einer Entzündung oder Verstopfung des Gefäßes (Thrombophlebitis, Thrombose).

Ich bin mit einer intravenösen Gabe eines Beruhigungsmittels durch med. Assistenzpersonal (MTRA; MFA) einverstanden. Ja Nein

Ort, Datum

Uhrzeit

Unterschrift