

Dr. med. K. Dabir  
Facharzt für Diagnostische Radiologie

Dr. med. D. Dabir-Scherfeld  
Fachärztin für Diagnostische Radiologie

Prof. Dr. med. L. W. Poll  
Facharzt für Diagnostische Radiologie

Dr. med. D. Meyer  
Fachärztin für Diagnostische Radiologie

Dr. med. M. Hirning  
Facharzt für Diagnostische Radiologie



## **Aufklärung und Einverständnis zur Sedierung**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

bei Ihnen soll eine MRT Untersuchung unter Sedierung durchgeführt werden.  
Die Gabe erfolgt intravenös.

**Hierbei ist folgendes zu beachten:**

1. Es handelt sich um angstlösende und entspannende Medikamente.  
Diese können in seltenen Fällen zu Atemdepressionen und einem Blutdruckabfall führen.  
Zur Sicherheit werden Sie während des gesamten Eingriffs per Monitor überwacht.  
Das bedeutet, dass wir permanent Herzfrequenz und Sauerstoffsättigung kontrollieren.
2. Das Medikament beeinträchtigt die Verkehrstauglichkeit. Deshalb dürfen Sie die Praxis nach der Behandlung nur in Begleitung einer volljährigen Person verlassen.  
Sie dürfen 24 Stunden nach der Medikamentengabe aktiv nicht am Straßenverkehr teilnehmen.

Hiermit bestätige ich, dass ich hinreichend über die Risiken einer Sedierung informiert wurde.  
Ich weiß, dass ich nach der Sedierung nicht aktiv am Straßenverkehr (auch nicht allein als Fußgänger oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln) teilnehmen darf. Gleiches gilt für den Umgang mit gefährlichen Maschinen und das Unterschreiben von Verträgen.

Ich wurde darüber informiert, dass ich von einer volljährigen Person in der Praxis abgeholt werden muss und den Tag über unter Beobachtung bleiben muss. Mir ist bewusst, dass diese Regel ohne Ausnahme gilt.

Düsseldorf, den: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben