

Liebe Patientin, lieber Patient.

Bei Ihnen soll eine Magenspiegelung / Darmspiegelung durchgeführt werden. Der Termin ist am _____ um _____ .

Im Rahmen der Untersuchung wurde im Aufklärungsgespräch eine Beruhigungsspritze gewünscht und besprochen. Die unterschiedlichen Präparate (Midazolam, Propofol) mit den entsprechenden Nebenwirkungen (Herzrhythmusstörungen, Atemstörungen, Atemstillstand, Beatmung, Blutdruckabfall) wurden mir erklärt. Ich bin mit der Gabe einer „Beruhigungsspritze“

- a) Midazolam (Dormicum)
b) Propofol

einverstanden / nicht einverstanden.

Datum: _____

Patient: _____

Arzt: _____

Ich bin aufgeklärt worden, dass ich nach der Untersuchung für 24 Stunden folgende Tätigkeiten nicht ausführen darf:

- Teilnahme am Straßenverkehr (Autofahren, Fahrradfahren)
- Führen / Betätigen von Maschinen
- Abschließen von wichtigen Verträgen / Geschäften
- Trinken von Alkohol

Ich bin aufgeklärt worden, dass ich eine Begleitperson mitbringen muss, die mich nach der Untersuchung in der Praxis abholt und nach Hause bringt.

Datum: _____

Patient: _____

Arzt: _____