

Name: \_\_\_\_\_

Informationsblatt für Patienten

## **Aufklärung und Einverständnis zur Sedierung mit Propofol und/oder Midazolam**

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

bei Ihnen soll eine ärztliche Behandlung unter Sedierung durchgeführt werden. Wir verwenden in unserer Praxis für die Sedierung die Medikamente Propofol und Midazolam. Die Gabe erfolgt intravenös.

### **Hierbei ist folgendes zu beachten:**

1. Es handelt sich um angstlösende, entspannende und schlafauslösenden 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, Blutdruck und Sauerstoffsättigung kontrollieren.
2. An der Einstichstelle für die Medikamentengabe kann es in seltenen Fällen zu Venenentzündungen, Nachblutungen und / oder Gefäßverletzungen kommen.
3. Midazolam und Propofol beeinträchtigen die Verkehrstauglichkeit. Deshalb dürfen Sie die Praxis nach der Behandlung nur in Begleitung einer volljährigen Person verlassen. Sie dürfen auf dem Weg nach Hause nicht selbstständig am Straßenverkehr teilnehmen und 12 Stunden (bei Midazolam – Gabe 24 Stunden ) kein Kfz führen.

Hiermit bestätige ich, dass ich hinreichend über die Risiken einer Sedierung mit Midazolam und Propofol 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. Mir ist bewusst, dass diese Regel ohne Ausnahme gilt.

Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Arztes