



Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Untersuchung: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

## Aufklärungsinformation zur Gabe eines Beruhigungsmittels

Sollten Sie unter Platzangst leiden und ein Beruhigungsmittel benötigen, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Ihr Körpergewicht: _____ kg	
1. Besteht eine Allergie gegen Diazepam oder andere Benzodiazepine, Soja- oder Erdnussprodukte?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2. Sind oder waren Sie alkohol-, medikamenten- oder drogenabhängig?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3. Leiden Sie an einer schweren Form krankhafter Muskelschwäche? (sog. myasthenia gravis)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4. Besteht	
· akut eine Vergiftung mit Alkohol, Schlaf- oder Schmerzmitteln, eine Behandlung geistig-seelischer Störungen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
· eine Störung der Muskelfunktion, die durch Störungen im Zentralnervensystem verursacht ist?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
· eine organische Veränderung am Gehirn?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
· ein schwerer Leberschaden, z. B. Gelbsucht mit Gallenstauung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
· ein Schlafapnoe-Syndrom, kurzfristiges Aussetzen der Atmung im Schlaf?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
· eine akute Verschlechterung einer schweren chronischen Atemwegsschwäche (Chronische Bronchitis, Bronchialasthma)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
· eine allergische Hauterkrankung, vermehrte Gefäßdurchlässigkeit, Blutbildungsstörung oder gestörte Nierenfunktion?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5. Sind Sie älter als 60 Jahre?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

### Nach der Verabreichung des Beruhigungsmittels

- dürfen Sie 24 Stunden keine Kraftfahrzeuge steuern oder Tätigkeiten ausführen, mit denen Sie sich oder andere Menschen gefährden könnten,
- sich nur in Begleitung nach Hause begeben,
- ist Ihre Geschäftstüchtigkeit nicht gewährleistet.

Die genannten Informationen habe ich verstanden. Die Verhaltensregeln nach der Gabe des Beruhigungsmittels halte ich ein.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Anmerkungen \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_