AUFKLÄRUNGSBOGEN

H15
RADIOLOGISCHE PRIVATPRAXIS

GABE VON TAVOR® BEI PLATZANGST

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aufgrund einer Klaustrophobie (Platzangst) wünschen Sie die Verabreichung des angstnehmenden Medikaments Tavor®. Aufgrund der Auswirkungen auf Ihr Reaktionsvermögen und Ihr Konzentrationsvermögen, müssen Sie uns mit Ihrer Unterschrift folgende Punkte bestätigen:

1. Ich bin mit der Gabe des Medikamentes Tavor einverstanden.
2. Mir ist bekannt, dass ich eine Begleitperson benötige, die mich nach Hause bringt.
3. Ich wurde darüber informiert, dass ich 24 Stunden nach Einnahme der Tablette:
   – nicht mehr am Straßenverkehr teilnehmen darf, auch nicht als Fußgänger,
   – nicht mehr arbeiten darf und
   – keine Maschinen bedienen darf.
4. Ich erkläre hiermit, dass ich nicht medikamentenabhängig bin und es auch noch nicht war.
5. Ich nehme zur Zeit keine Antidepressiva oder Beruhigungsmittel ein.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Gerätepersonal oder den behandelnden Arzt.
Ich habe den Inhalt des Informationsblattes verstanden und bin mit einer Beruhigungsmittelgabe einverstanden.

.....	.....	.....
Ort / Datum	Unterschrift Arzt	Unterschrift Patient/in

H15_Radiologische Privatpraxis
Hermanstraße 15
86150 Augsburg

Tel: 08 21-45 53 35-0
Fax: 08 21-45 53 35-15
Mail: info@h15-augsburg.de

Stadtsparkasse Augsburg
IBAN: DE09 7205 0000 0000 0515 32
BIC: AUGSDE77XXX

www.h15-augsburg.de