



Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse und Telefon:

Krankenversicherung:
Überwiesen durch:

(Patientenetikett)

**Facharztpraxis für Diagnostische Radiologie Dres. med. R. Schubert, K. Rupp, L. Landgraf, G. Planitzer
Nürnberger Straße 67, 10787 Berlin, Tel. 0302149810, Fax 03021498115, Email kontakt@radio-logic.eu**

Merkblatt ambulante Sedierung

Ich wünsche die Durchführung der nachfolgend genannten Leistung(en) nur nach der Verabreichung von Beruhigungsmitteln, bzw. angstlösenden Medikamenten:

Nach der Verabreichung eines Beruhigungsmittels raten wir Ihnen dringend:
Lassen Sie sich von einer erwachsenen Person abholen und nach Hause begleiten.
Bedienen Sie keine Maschinen oder Werkzeuge, Sie dürfen keine Fahrzeuge führen und nicht ohne Begleitung am Straßenverkehr teilnehmen, auch nicht als Fußgänger.
Unterlassen Sie die Einnahme alkoholischer Getränke oder weiterer Beruhigungs- oder Schlafmittel und treffen Sie keine weitreichenden privaten oder beruflichen Entscheidungen bis die Wirkung der Medikamente restlos abgeklungen ist.
Normalerweise ist das nach 24 Stunden der Fall.

Vom Personal auszufüllen:

Medikation:

Dosis:

Besonderheiten:

Ort, Datum

ich bestätige die Kenntnisnahme durch meine Unterschrift