

Einverständniserklärung



Einverständniserklärung zur Behandlung unter therapeutischer Anxiolyse

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wir möchten für Sie die anstehende Behandlung in angenehmer Atmosphäre durchführen. Bei sehr ängstlichen Patienten besteht die Möglichkeit der medikamentösen Beruhigung und Angstlösung. Das gebräuchliche Medikament Dormicum hat eine sedierende, anxiolytische und amnestische Wirkung. Die Wirkungsdauer beträgt 2 Stunden.

Sie können sich gerne eigene Musik mitbringen.

Vor der Behandlung:

- » bitte essen Sie mind. 2 Stunden vor der Behandlung nichts mehr
- » bitte stellen Sie sich 30 min vor dem Behandlungstermin in der Praxis vor
- » bitte lassen Sie sich nach der Behandlung abholen

Nach der Behandlung:

- » bitte sorgen Sie für eine ständige Überwachung durch Ihre Angehörigen, für den Rest des Behandlungstages
- » beachten Sie, dass Sie an diesem Tag nicht voll geschäftsfähig sind
- » dürfen Sie auf keinen Fall am Straßenverkehr teilnehmen (auch nicht als Fußgänger)

Auf meine Fragen wurde ausreichend eingegangen, folgende zusätzliche Aspekte wurden erörtert:

Halle (Saale), den _____

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten _____

Unterschrift des aufklärenden Arztes _____