



**Hauptstandort**

Halberstädter Str. 125-127  
D-39112 Magdeburg

**2. Praxisstandort**

Universitätsplatz 10  
D-39104 Magdeburg

**Öffnungszeiten**

Mo + Do: 7.30 Uhr - 18.00 Uhr  
Mi + Fr: 7.30 Uhr - 14.00 Uhr  
Di: 7.30 Uhr - 16.00 Uhr

Privatsprechstunden nach  
Vereinbarung.

## Patientenaufklärung MRT mit Sedierung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bei Ihnen ist eine MRT Untersuchung mit medikamentöser Sedierung (Beruhigung) geplant. Hierzu möchten wir Ihnen einige Erklärungen geben und Sie müssen Ihr Einverständnis erklären.

### Bitte beantworten Sie zunächst folgende Fragen:

	<i>ja</i>	<i>nein</i>
1. Besteht bei Ihnen eine Allergie gegen Lorazepam oder andere Benzodiazepine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leiden Sie an einer krankhaften Muskelschwäche (Myasthenia gravis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Beta-Blocker) oder Alkohol zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Besteht eine Nieren- oder Leberfunktionsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

Es besteht eine Einschränkung der Fahrtüchtigkeit. Am Tag der Untersuchung dürfen Sie nicht selber Auto fahren, keine gefährlichen elektrischen Geräte oder Maschinen bedienen. Bitte kommen Sie mit einer Begleitperson zur Untersuchung.

### Einverständniserklärung:

Ich wurde über die Untersuchung aufgeklärt und hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich willige hiermit ein.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift  
Patient

\_\_\_\_\_

Unterschrift  
Arzt