



Patientenaufklärung zur Gabe von Beruhigungsmitteln (Diazepam)

Sie wünschen für Ihre MRT-Untersuchung ein Beruhigungsmittel. Wir verabreichen Ihnen **DiazepamAbZ-Tropfen**. Der Wirkstoff wirkt beruhigend und krampflösend, indem er im Gehirn an speziellen Bindungsstellen angreift. Durch diese Wechselwirkung wird die Wirkung von körpereigenen, entspannend wirkenden Substanzen verstärkt.

A) Kontraindikationen

DiazepamAbZ-Tropfen dürfen nicht angewendet werden, wenn bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen oder Situationen vorliegt:

- Überempfindlichkeit gegen die Inhaltsstoffe
- Myasthenia gravis (Erkrankung des Nervensystems mit Muskelschwäche)
- Alkoholmissbrauch (auch wenn er schon längere Zeit zurückliegt)
- Arzneimittelmisbrauch (auch wenn er schon längere Zeit zurückliegt)
- Drogenabhängigkeit (auch wenn sie schon längere Zeit zurückliegt)

B) Mögliche Nebenwirkungen

Diazepam
Häufig • Schläfrigkeit, Müdigkeit, Benommenheit • Muskelschwäche • Verwirrtheit
Gelegentlich • Schwindel • Kopfschmerzen • verlangsamte Reaktionen • Gedächtnisstörungen • Übelkeit, Erbrechen
Selten • Allergische Hautreaktionen (Juckreiz, Hautausschlag) • Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit • Atemdepression (flache, verlangsamte Atmung – vor allem bei höheren Dosen oder Vorerkrankungen)
Sehr selten • Paradoxe Reaktionen wie Unruhe, Aggressivität oder Halluzinationen • Abhängigkeit (bei längerer oder häufig wiederholter Anwendung)

Wichtiger Hinweis:

Nach der Gabe von Diazepam sind Ihre Reaktionsfähigkeit und Verkehrstüchtigkeit deutlich eingeschränkt! Bitte kommen Sie daher **in Begleitung** zu Ihrem Termin. Führen Sie am Untersuchungstag **kein Fahrzeug** und bedienen Sie **keine Maschinen**.

C) Patienteneinwilligung

- Ich bestätige, dass ich die Informationen zur Gabe von Diazepam verstanden habe.
- Ich habe keine der oben unter Punkt A) angegebenen Erkrankungen.
- Ich bestätige, dass ich am Untersuchungstag kein Fahrzeug oder andere Maschinen führen werde.
- Ich fühle mich ausreichend informiert und aufgeklärt und willige der Gabe von Diazepam ein.
- Ich habe keine weiteren Fragen an den Arzt.

D) Patientendaten

Nachname			
Vorname		Geb.-Datum	
Telefon		Mobil-Nr.	
E-Mail			

Datum

X

Patient / Sorgeberechtigter / gesetzl. Vertreter