

Wichtige Hinweise zu Dormicum (Midazolam)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Dormicum ist ein angstlösendes, entspannendes und schlafauslösendes Medikament, dessen Wirkung sehr schnell nachlässt. Es hat keinen schmerzlindernden Effekt. Die Halbwertszeit des Medikamentes in ihrem Körper beträgt ca. 30 Minuten. Eine eventuelle kurzzeitige Amnesie (Erinnerungslücke) kann bei der Dormicumeinnahme eintreten.

In sehr seltenen Fällen kann Dormicum (Midazolam) zu Atemstörung und Blutdruckabfall führen. Daher werden Sie während der gesamten Untersuchung überwacht. Im Falle einer unerwarteten Nebenwirkung kann durch die Gabe eines Gegenmittels die Wirkung von Dormicum (Midazolam) umgehend aufgehoben werden.

Wir sind verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen, dass nach der Verabreichung von Dormicum (Midazolam) Ihre Wachheit, Konzentrationsfähigkeit und Verkehrstauglichkeit vermindert ist.

Deshalb dürfen Sie während 12 Stunden nach der Untersuchung nicht aktiv am Strassenverkehr teilnehmen, kein Fahrzeug lenken, wichtige Dokumente unterschreiben oder Maschinen bedienen.

Dies gilt für alle Darreichungsformen von Dormicum (Midazolam).

Wir empfehlen Ihnen mit einer Begleitperson die Heimreise anzutreten.

Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Gewicht:	<input type="text"/> kg

Bitte beantworten Sie folgende Fragen :

	Ja	Nein
<input type="checkbox"/> Leiden Sie unter dem Schlafapnoesyndrom (Probleme mit der Atmung während dem Schlaf)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Haben Sie Atemprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Haben Sie heute schon ein Beruhigungsmittel eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

falls Ja: Welches Medikament?

Dormicum i.v.*:	<input type="text"/> mg	Dormicum Nasenspray*:	<input type="text"/> Hübe/Seite
Datum*:	<input type="text"/>	Uhrzeit*:	<input type="text"/>

*wird vom Fachpersonal ausgefüllt

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, verlangen Sie bitte, dass diese vom untersuchenden Arzt oder der Ärztin beantwortet werden. Sie stehen Ihnen dazu gerne zur Verfügung!

Ich bestätige, dass ich über die Wirkung und Risiken von Dormicum (Midazolam) informiert worden bin und mich dementsprechend verhalten werde.

Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift Patientin/Patient:	<input type="text"/>	Arzt:	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------------------------------	----------------------	-------	----------------------

Dokument muss eingescannt werden.