

GABE VON TAVOR® BEI PLATZANGST

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT

aufgrund einer Klaustrophobie (Platzangst) wünschen Sie die Verabreichung des angstnehmenden und gering sedierenden Medikamentes Tavor®. Aufgrund der Auswirkungen auf Ihr Reaktionsvermögen und Ihr Konzentrationsvermögen, müssen Sie uns mit Ihrer Unterschrift folgende Punkte bestätigen:

1. Ich bin mit der Gabe des Medikamentes Tavor® einverstanden.
2. Mir ist bekannt, dass ich eine Begleitperson benötige, die mich nach Hause bringt.
3. Ich wurde darüber informiert, dass ich 24 Stunden nach Einnahme der Tablette:
 - nicht mehr am Straßenverkehr teilnehmen darf, auch nicht als Fußgänger,
 - nicht mehr arbeiten darf und
 - keine Maschinen bedienen darf.
4. Ich erkläre hiermit, dass ich nicht medikamentenabhängig bin und es auch noch nicht war.
5. Ich nehme zur Zeit keine Antidepressiva oder Beruhigungsmittel ein.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Gerätepersonal oder den behandelnden Arzt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient