

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, falls gewünscht, kann die bei Ihnen erforderliche Untersuchung/Behandlung mit einem Schlafmedikament (Sedierung) durchgeführt werden, so dass Sie die Untersuchung/Behandlung verschlafen (Sedierung). In der Regel führt dies zu einer eingeschränkten Erinnerung an den Eingriff (Amnesie).

Überwiegend kommt hierbei allein das rasch wirksame Medikament Propofol zum Einsatz. In Einzelfällen wird ein angstminderndes und entkrampfendes Benzodiazepin (z. B. Midazolam) verwendet. In letzterem Fall kann zusätzlich die Gabe eines intravenösen Schmerzmittels (z. B. Pethidin) erforderlich sein.

**Welche Voraussetzungen sind in der Praxis hierfür erforderlich?**

Unsere Praxis ist zur Überwachung und Unterstützung der Atmungs- und Herz-Kreislauffähigkeit apparativ ausgestattet und entsprechend personell geschult. Während der Sedierung erfolgt zudem eine vorsorgliche Gabe von Sauerstoff mittels Nasensonde und eine Überwachung mit einem Sauerstoff- und Blutdruckmessgerät. Nach der Untersuchung werden Sie in einem gesonderten Aufwachbereich nachbeobachtet.

**Welche Risiken bestehen?**

Kein medizinischer Eingriff ist frei von Risiken! Trotz größter Sorgfalt kann es zu Komplikationen kommen. Durch die verwendeten Medikamente sind hier neben Blutergüssen bzw. kleinen Nachblutungen an der Einstichstelle auch Haut-, Weichteil-, Nervenschäden und Infektionen möglich. Sehr selten sind Übelkeit und Erbrechen, der Übertritt von Mageninhalt in die Lunge (Aspiration), Lungenschäden, allergische Reaktionen bis hin zu Atemstörungen und Blutdruckabfall, Bewusstlosigkeit und Herz-Kreislauf-Versagen möglich. Wir werden dann umgehend die entsprechenden Maßnahmen einleiten.

Bitte teilen Sie uns mit, ob bei Ihnen Allergien bestehen oder Sie an einer Epilepsie leiden.

**Abholung**

**Zu Ihrer eigenen Sicherheit müssen Sie sich nach einer Sedierung von einer Begleitperson in der Praxis abholen lassen.** Die aktive **Teilnahme am Straßenverkehr**, die Durchführung **gefährlicher Tätigkeiten, die Einnahme von Beruhigungsmitteln** oder das **Trinken von Alkohol** sind innerhalb von **12 Stunden nach der Untersuchung** nicht erlaubt.

**Anmerkungen**

---

---

Ich habe den Inhalt dieses Aufklärungsbogens verstanden und konnte mich frei entscheiden. Ich fühle mich **ausreichend aufgeklärt** und **willige** hiermit ein. Mit während der Sedierung notwendig werdenden Neben- und Folgeeingriffen bin ich ebenfalls einverstanden. Alle mir wichtig erscheinenden Fragen wurden ausreichend beantwortet. Die Verhaltenshinweise und Empfehlungen zur Nachsorge werde ich beachten.

nein       ja

Ein Durchschlag dieses Bogens wurde mir nach dem Aufklärungsgespräch ausgehändigt.

**ASA Klassifikation:** (ärztlich auszufüllen)

**ASA1**       **ASA2**       **ASA3**       **ASA4**

Wiesbaden, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin/Arzt