

# Dr. med. A. Kohlenbach, Herr M. Vogel, Herr A. Almohamad

---

Hauptkanal re. 75, 26871 Papenburg

Tel.:04961-660820 Fax :04961-6608210

Sehr geehrte Patienten,

Selbstverständlich möchten wir, dass Ihre geplante endoskopische Untersuchung so angenehm wie möglich verläuft. Wir bieten Ihnen daher an, während der Untersuchung eine Sedierung zu erhalten.

Wir müssen Sie aber darauf hinweisen, dass Ihr Reaktionsvermögen und ihre Gang- und Standsicherheit nach einer Sedierung mehr oder weniger eingeschränkt sein könnte.

Aufgrund dieser Tatsachen ergeben sich aus medizinischen und insbesondere auch aus juristischen Gründen für uns als Untersucher und für Sie als Patient folgende Konsequenzen:

1. Sie als Patient sind verpflichtet, dafür zu sorgen, dass Sie nach einer Sedierung nicht unbeaufsichtigt unsere Praxis verlassen. D.h. Sie treten den Heimweg nicht allein an, ob mit dem Auto, zu Fuß, mit dem Fahrrad oder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel.  
Wir müssen darauf dringen, dass Sie von einem Angehörigen, Bekannten, oder einem Taxifahrer sicher nach Hause begleitet werden.
2. Für Sie als Patient ist es wichtig, dass Sie am Untersuchungstag nach Erhalt der Sedierung kein Fahrzeug lenken, keine Maschinen bedienen oder rechtskräftige Entscheidungen bzw Unterschriften tätigen. Dies ist besonders aus juristischer Sicht für Sie wichtig, da z.B. im Falle eines Unfalls ihr Versicherungsschutz nicht gegeben ist. Aus diesem Grund können Sie für den Untersuchungstag (ggf. auch für den Vorbereitungstag ) eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bekommen.

Wir bitten Sie ausdrücklich, diese Verhaltensregeln einzuhalten, auch wenn Sie sich eigentlich wohl und fit fühlen und diese Einschränkungen nicht nachvollziehen können.

Sollten Sie mit diesen Richtlinien nicht einverstanden sein, oder sie nicht umsetzen können, dann müssen wir auf eine Sedierung verzichten.

Wir bitten Sie, mit ihrer Unterschrift zu bestätigen, dass Sie die Hinweise gelesen und akzeptiert haben.

Vielen Dank für Ihr Verständnis

Papenburg, den \_\_\_\_\_

---

Name, Vorname, Geb.-Datum

Unterschrift Patient

**( DRUCKSCHRIFT )**

---

Name, Vorname, der Begleitperson

Unterschrift Begleitperson

**( DRUCKSCHRIFT )**