

## Informationsblatt Sedierung mit Propofol

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Für Ihre bevorstehende Sedierung bitten wir Sie dieses Informationsblatt genau durchzulesen und auszufüllen.

Name:

Geburtsdatum:

**Ich wünsche während der endoskopischen Untersuchung eine Sedierung.**

JA

NEIN

#### Schlafspritze mit Propofol

Propofol ist, sofern keine medizinischen Einwände bestehen, eine bewährte und sichere Form **einer echten „Schlafspritze“**. Die Kosten dafür werden von Ihrer Krankenkasse übernommen.

Internationale Fachgesellschaften empfehlen die Verwendung von Propofol auf Basis von wissenschaftlichen Studien, weil **Propofol** folgende **Vorteile** hat:

- ▶ guter Schlafzustand
- ▶ hohe Schmerzfreiheit
- ▶ hohe Patientenzufriedenheit
- ▶ gute Untersuchungsqualität
- ▶ rascher Wirkungseintritt
- ▶ schnelle Erholungsphase

Datum:

Unterschrift:

## Einverständniserklärung Histologie Labor

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir bitten Sie diese Erklärung ebenfalls genau durchzulesen und zu unterzeichnen.

Ich bin einverstanden, dass meine Probenentnahme inklusive Gesundheitsdaten (z.B.: Verdachtsdiagnose) und meinen persönlichen Daten wie Name, Versicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse an folgende Labors (je nach medizinischer Notwendigkeit) zur histologischen Befundung übermittelt wird:

Labor für Histologie & Zytologie Dr. Ulm GesmbH und  
Labors.at Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik OG  
Kürschnergasse 6b, 1210 Wien

Die Befundung erfolgt in Eigenverantwortung des Labors.  
Weiters stimme ich zu, dass der Befund des Labors mit meinen persönlichen Daten an Imed19 übermittelt wird.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

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

Für weitere Informationen steht Ihnen unser Team gerne zur Verfügung.

**Priv. Doz. Dr. Wolfgang Sieghart & Ihr Imed19 Endoskopie-Team**