

Dokumentationsbogen Paravasat Teil 2

Patienteninformationen:

Nachname:

Straße:

Vorname:

Wohnort:

Geburtsdatum:

Datum:

Paravasat - Volumen: ca. _____ ml

Injektionstechnik: () Kontrastmittelinjektor () Hand- / manuelle Injektion

Injektionsgeschwindigkeit: _____ ml/Sek.

Symptomatik:

Brennen

Stechender Schmerz

Schwellung

Rötung

Verhärtung

Blasenbildung

Nekrose

Sonstige _____

Weitere Maßnahmen:

Die Behandlung erfolgte mit: _____

Der Patient wurde über das weitere Procedere informiert --> „Patienten Information - Paravasat“

Verantwortlicher Arzt: Name: _____ Unterschrift: _____

Assistenzpersonal: Name: _____ Unterschrift: : _____

Der Patient wurde über das weitere Procedere informiert.

Der Informationsbogen „Patienten Information - Paravasat“ wurde ausgehändigt.

Unterschrift Patient(in)

(bei Minderjährigen einer der Erziehungsberechtigten)