

INTRAMUSKULÄRE INJEKTION

Dokument zur informierten Einwilligung

Formular-Nr.: EOF-001		Rev.-Nr. / Datum: 2026 v09 / 10.07.2026	
PATIENTEN-PROTOKOLL-NR.		DATUM	
TÜRKISCHE ID- / PASSNUMMER		GEBURTSDATUM	
VOR- UND NACHNAME DES PATIENTEN		GESCHLECHT	
DIAGNOSE			

1. Durchzuführender Eingriff

Mein Arzt hat mir erklärt, dass mir ein Medikament mittels einer Nadel in den Muskel (Gesäß oder eine andere Muskelgruppe) injiziert wird. Zu verabreichendes Medikament:
(Schmerzmittel / NSAR / Antibiotikum / Vitamin B / Muskelrelaxans / Kortison usw.).

Dieser Eingriff wird **in der Klinik**, unter sterilen Bedingungen und durch erfahrenes medizinisches Personal durchgeführt.

2. Themen, über die ich aufgeklärt wurde

- Name, Dosis und Anwendungszweck des Medikaments
- Mögliche Nebenwirkungen und Allergierisiko
- Ich habe meinen Arzt über meine früheren Medikamentenallergien / chronischen Erkrankungen informiert
- Dass ich das Recht habe, auf diese Injektion zu verzichten

3. Mögliche Risiken und Komplikationen

- Sehr häufig (geringfügig):** Leichte Schmerzen an der Einstichstelle, Rötung, Verhärtung, vorübergehende Schwellung
- Selten:** Lokale Blutung / Bluterguss, vorübergehende Reizung eines Nervs/Gefäßes, Schwindel, vorübergehende Blutdruckveränderung
- Sehr selten:** Allergische Reaktion (Hautausschlag, Atemnot, Anaphylaxie), Abszess / Infektion an der Injektionsstelle, Nervenverletzung
- Äußerst selten:** Schwere allergische Reaktion (anaphylaktischer Schock)

Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieser Risiken ist sehr gering; sollten sie jedoch auftreten, werden alle erforderlichen medizinischen Maßnahmen in der Klinik durchgeführt; falls erforderlich, werde ich an ein weiterführendes Zentrum überwiesen.

4. Patientenspezifische Angaben

Der Patient trägt in eigener Handschrift Allergien, eingenommene Medikamente, chronische Erkrankungen usw. ein. **Liegt nichts dergleichen vor, genügt es, „KEINE“ zu schreiben.**

■

Unterschriften

	Vor- und Nachname	Unterschrift	Datum / Uhrzeit
Patient			
Gesetzlicher Vertreter / Angehöriger des Patienten (Verwandtschaftsgrad:)			
Verantwortlicher Arzt	Dr. Özgür Akşan		