

# 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)