

Buscopan

Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Dieses Medikament wird für Untersuchungen des Abdomens benötigt, um die Peristaltik (Kontraktion) des Darms herabzusetzen. Dadurch erhöht sich die Schärfe der MRT-Bilder.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

- Leiden Sie an erhöhtem Augeninnendruck (grüner Star)? Nein Ja
- Haben Sie eine Verengung im Magen-Darm-Trakt? Nein Ja

Hiermit bestätige ich, dass ich bei eventuellen Sehstörungen nach der Untersuchung nicht am Straßenverkehr teilnehmen werde.

Ort, Datum

X

Patient(in) bzw. Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/Sorgeberechtigte(r)

Buscopan

Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Dieses Medikament wird für Untersuchungen des Abdomens benötigt, um die Peristaltik (Kontraktion) des Darms herabzusetzen. Dadurch erhöht sich die Schärfe der MRT-Bilder.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

- Leiden Sie an erhöhtem Augeninnendruck (grüner Star)? Nein Ja
- Haben Sie eine Verengung im Magen-Darm-Trakt? Nein Ja

Hiermit bestätige ich, dass ich bei eventuellen Sehstörungen nach der Untersuchung nicht am Straßenverkehr teilnehmen werde.

Ort, Datum

X

Patient(in) bzw. Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/Sorgeberechtigte(r)