

Einverständniserklärung

Vor,- und Nachname:
geboren am:



Buscopan kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Scharfsehen Beeinträchtigen sowie zu erhöhter Lichtempfindlichkeit führen. Durch diese Wirkung ist mit einer vorübergehenden Beeinträchtigung der Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr und zur Bedienung von Maschinen zu rechnen.

Sie sollten nach der Gabe von Buscopan mindestens eine Stunde nicht Auto- oder Fahrrad fahren sowie keine Maschinen bedienen.

Liegt eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen vor, sollte kein Buscopan gespritzt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass zur Untersuchung Buscopan verwendet wird.

Bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Harnverhalt (z.B. Prostataadenom) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Grüner Star (Engwinkelglaukom) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Herzrasen/Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Myasthenia gravis (krankhafte Muskelschwäche) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Einnahme von Glucagon | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Teilen Sie dies bitte unbedingt dem Arzt oder der Helferin vor der Untersuchung mit.

Datum:

Unterschrift: