

## Informationsbogen Buscopan

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Sie erhalten von uns ein Medikament zur Optimierung der Bilder für eine MRT Sellink Untersuchung. Durch die Gabe von **Buscopan** (Butylscopolaminbromid) wird die Darmbewegung (Darmmotilität) unterdrückt. Dadurch erzielen wir eine artefaktfreiere MRT-Bildgebung und die diagnostische Genauigkeit der Untersuchung wird verbessert.

In der Schwangerschaft und Stillzeit sollte Buscopan nicht verwendet werden. Es ist nicht abschließend untersucht, ob Buscopan in die Muttermilch übergeht.

### **Verkehrstüchtigkeit und Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen**

Da die Anpassungsfähigkeit der Augenlinse (Scharfsehen) beeinträchtigt sein kann, sowie eine Lichtempfindlichkeit auftreten kann, sollten Sie **bis 24 Stunden nach der Untersuchung nicht aktiv am Straßenverkehr (PKW, Fahrrad) teilnehmen und keine schweren Maschinen bedienen.**

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Bestehen bei Ihnen Herzrhythmusstörungen?                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie einen grünen Star (Glaukom)?                      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie Engstellen im Magen-Darm-Trakt?                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Bestehen krankhaften Aufweitungen im Dickdarm (Megakolon)?  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie Allergien gegen Butylscopolamin?                  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Besteht eine krankhafte Muskelschwäche (Myasthenia gravis)? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft oder Stillen sie?    | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie eine vergrößerte Prostata?                        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Ich habe die Informationen zur Kenntnis genommen und halte die genannten notwendigen **Vorsichtsmaßnahmen** ein.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_