

Einverständniserklärung über die Verabreichung von Augentropfen zur Pupillenerweiterung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
durch die Verabreichung von

- Mydriatika (Augentropfen, z. B. Cyclopentolat) zu Diagnose-
zwecken in unserer Praxis wird die Pupille erweitert. Die Pupillen-
erweiterung hält in der Regel 4 bis 24 Stunden an.

**Eine Pupillenerweiterung schränkt die Sehfähigkeit
vorübergehend erheblich ein.**

Eine aktive Teilnahme am Straßenverkehr (Auto und Rad fahren)
ist nicht erlaubt, Blendungen nehmen zu und die Lesefähigkeit ist
eingeschränkt.

Wir bitten Sie, diese Hinweise bei der Terminabsprache für eine Pu-
pillenerweiterung zu beachten.

Hiermit bestätige ich, die Informationen über die Verabreichung
von pupillenerweiternden Medikamenten gelesen und verstanden
zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in