

Jméno a příjmení:

Rodné číslo, případně číslo pojištěnce:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa:

Prosím očního lékaře o písemné vyjádření, zda je možné tomuto pacientovi jednorázově aplikovat před kolonoskopií Buscopan 40 mg i.v.

Děkuji

MUDr. Petr Brandtl  
Gastroenterologie MUDr. Petr Brandtl s.r.o.  
Tel.272770400

Vyjádření:

Datum:

razítko a podpis lékaře