

Patientenetikette

## Einverständnis zur Eiseninfusion mit Ferinject/Venofer

Mein Arzt hat die Indikation zur Infusion von Ferinject/Venofer gestellt.

Ich wurde von meinem Arzt aufgeklärt, dass bei einer Behandlung mit Ferinject/Venofer folgende unerwünschte Wirkungen auftreten können:

- Kopfschmerzen, Schwindel
- allergische/anaphylaktische Reaktion bis hin zum Kreislaufstillstand
- Übelkeit, Bauchschmerzen, Diarrhö, Verstopfung
- Rückenschmerzen, Gelenks- oder Muskelschmerzen, etc.

In seltenen Fällen kann es durch den Austritt von Ferinject/Venofer aus der Vene in das umliegende Gewebe zu einer Verfärbung im Bereich der Injektionsstelle kommen, welche mehrere Jahre bestehen bleiben kann.

Die Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt nur bei schwerem Eisenmangel, der nicht durch Tabletteneinnahme korrigiert werden kann, da sie entweder nicht wirksam oder nicht verträglich sind.

Eine Ferinject-Infusion sollte nicht in den ersten 4 Schwangerschaftsmonaten durchgeführt werden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, mich **nicht in einer Frühschwangerschaft** zu befinden. Bei Unsicherheit sollte ein Schwangerschaftstest durchgeführt werden. Eiseninfusionen im Laufe der späteren Schwangerschaft sind häufig notwendig. Ihr Arzt wird dies entsprechend berücksichtigen.

Ich (Name, Vorname der Patientin/des Patienten) .....

habe den Sachverhalt zur Kenntnis genommen und bin bereit, mich mit Ferinject/Venofer behandeln zu lassen.

Ort und Datum .....

Name Patient (Unterschrift) .....

Unterschrift Arzt & Stempel .....