
Einverständniserklärung zur Eiseninfusion mit Ferinject®/Venofer®

Nebenwirkungen von Ferinject

Ferinject/Venofer werden häufig verabreicht und sind in der Regel gut verträglich. Allergische Reaktionen sind selten. Gelegentlich kommt es zum **Auftreten eines metallischen Geschmacks, zu Herzrasen, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Schwindel, oder Bauchschmerzen bis hin zu Durchfall**. Daneben kann es zu einer **Venenreizung oder Juckreiz kommen**. Sie werden nach jeder Infusion gebeten noch 30 Minuten in der Praxis zu bleiben. Die Praxis verfügt über eine Notfallausrüstung für sofortige medizinische Behandlung im Fall einer potentiellen lebensbedrohlichen allergischen Reaktion.

Sollten Sie während der Infusion Schmerzen, Brennen oder ein Druck/Schwellung an der Infusionsstelle verspüren, informieren Sie bitte umgehend das Praxisteam. Es kann vorkommen, dass die Infusion nicht schön in die Vene fließt (paravenös). Ist dies der Fall kann **das Austreten von Infusionsflüssigkeit in das Gewebe zu einer anhaltenden braunen Verfärbung der Haut führen welche Monate bis Jahre ersichtlich bleibt**. Bitte vermeiden Sie aus diesem Grund übermäßige Bewegungen des Armes während der Infusionstherapie.

Wann darf keine Eiseninfusion durchgeführt werden?

- In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft
- Bei bekannter Allergie/Überempfindlichkeit auf einen Wirk-/Hilfsstoff
- Bei Krankheiten mit Eisenüberladung

Patienteneigene Verantwortung bei Verzicht auf Überwachungszeit nach der Infusion

(Bitte nur ankreuzen, wenn Sie auf eigene Verantwortung auf die Überwachungszeit verzichten möchten)

- Ich verzichte auf die 30 Min. Überwachung nach der Infusion in der Praxis, entgegen der Empfehlung meines Arztes aufgrund der Gefahr einer allergischen Reaktion, welche bis zum Schockzustand führen kann. Mir ist bewusst, dass die Praxis bei Verzicht der Überwachung durch mich, für allfällige gesundheitliche Folgen nicht verantwortlich gemacht werden kann.

Ich habe die Informationen gründlich durchgelesen, alle Punkte zur Kenntnis genommen und möchte die Eiseninfusion(en) durchführen lassen. Das Einverständnis ist für alle Eiseninfusionen während der geplanten Therapie ab Unterschriftsdatum gültig.

Kürzel Arzt: _____ Datum: _____ Unterschrift Patient: _____