

Patientenetikette

Einverständniserklärung zur Eiseninfusion mit Ferinject®

Aufgrund eines **Eisenmangels** mit **ggf. Blutarmut** wurde bei Ihnen die Indikation für eine Eiseninfusion über die Vene mittels Ferinject® gestellt.

Übernahme durch die Krankenkasse und Kosten

Für die Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse (Grundversicherung) ist zusätzlich **mindestens ein krankhafter Laborwert notwendig** (z. B. eine eisenmangelbedingte Blutarmut oder ein Ferritin-Wert (Gewebeeisen, Eisenreserven) unterhalb von 15 ng/ml).

Falls die Krankenkasse eine Kostenübernahme verweigert wird bei Gabe von 500mg ca 225.- CHF, resp. bei Gabe von 1000mg ca. 390.- verrechnet. Die Dosierung wird jeweils anhand ihrer Blutwerte sowie des ungefähren Körpergewichts bestimmt.

Wann darf keine Eiseninfusion durchgeführt werden?

- Allergie/ Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe
- Nachgewiesene Krankheiten mit Eisenüberladung
- In den ersten 3 Monaten der Schwangerschaft

Bitte weisen Sie uns darauf hin, falls bei Ihnen eine solche Allergie oder Erkrankung bekannt sein sollte!

Nebenwirkungen von Ferinject®

Ferinject® wird häufig verabreicht und ist in der Regel gut verträglich.

Schwere allergische Reaktionen sind selten!

Die am häufigsten berichteten unerwünschten Arzneimittelwirkungen sind **Übelkeit, Reaktionen an der Injektions-/Infusionsstelle, Kopfschmerzen, Gesichtsrötung (Flush), Schwindel, Herzrasen und Bluthochdruck.**

Es kann vorkommen, dass die Infusion **nicht korrekt in die Vene fliesst (paravenös)**. Ist dies der Fall kann das Austreten von Infusionsflüssigkeit in das Gewebe zu einer **anhaltenden braunen Verfärbung der Haut** (ähnlich einer Tätowierung) führen, welche für **mehrere Monate bis zu 2 Jahren** ersichtlich bleibt. Bitte vermeiden Sie aus diesem Grund übermässige Bewegungen des Armes während der Infusionstherapie.

Aus den oben genannten Gründen wird die Infusion langsam über einen Zeitraum von 15-30 Minuten verabreicht und während der ganzen Zeit steht jemand vom Pflegepersonal für Sie zur Verfügung.

Sollten Sie also während der Infusion **Schmerzen, Brennen** oder ein **Druck/Schwellung** an der **Infusionsstelle** verspüren oder sich **unwohl** fühlen, informieren Sie uns bitte umgehend.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie alle Informationen gründlich durchgelesen, alle Punkte zur Kenntnis genommen haben und die Eiseninfusion(en) durchführen lassen möchten. Das Einverständnis ist für alle Eiseninfusionen während der geplanten Therapie ab Unterschriftsdatum, jedoch für maximal 1 Jahr gültig.

Datum: _____

Unterschrift Patientin: _____

Datum: _____

Name und Unterschrift Arzt: _____