

medX Aufklärung und Einverständniserklärung

Patientenname: _____
Geburtsdatum: _____
Behandelnder Ärztin/Arzt: _____
Datum: _____

Information zur Therapie mit Retinoiden

Mir wurde erklärt, dass zur Behandlung meiner Hauterkrankung (Akne vulgaris, Rosazea) systemische Retinoide eingesetzt werden sollen. Retinoide sind hoch-wirksame Medikamente, die stark ausgeprägte Entzündungen reduzieren können.

Wichtiger Hinweis für Frauen im gebärfähigen Alter

Systemisch und in geringerem Masse auch topisch angewendete Retinoide können **schwerwiegende Fehlbildungen beim ungeborenen Kind (teratogene Wirkung)** verursachen.

Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass

- **Während, ggfls. vor und bis 8 Wochen nach der Anwendung eine doppelte und zuverlässige Empfängnisverhütung (Pille + Kondom) erforderlich ist**
- Vor Therapiebeginn ein Schwangerschaftstest durchgeführt werden muss
- Ich **sofort den Arzt oder die Ärztin kontaktieren** muss, falls während der Behandlung eine Schwangerschaft eintreten sollte und ich in diesem Fall die Anwendung von Retinoiden **umgehend beenden** muss.

Mögliche Nebenwirkungen systemischer Retinoide

Die Behandlung mit systemischen Retinoiden kann verschiedene Nebenwirkungen verursachen. Ich wurde über die häufigsten und schwerwiegendsten Nebenwirkungen informiert

- Trockene Haut, Lippen und Schleimhäute, Hautreizungen, Rötungen, Juckreiz, Augenreizungen, Sehstörungen bei Nacht (Nyktalopie), Kopfschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, erhöhte Lichtempfindlichkeit der Haut (unbedingt auf ausreichenden UV-Schutz achten!), Laborveränderungen (Triglyzeride, Cholesterin, Kreatinin).

Interaktion mit anderen Medikamenten

Während der Behandlungszeit müssen folgende Medikamente oder Substanzen unbedingt vermieden werden

- Tetracykline (Risiko der intrakraniellen Drucksteigerung)
- Vitamin A (Gefahr einer Hypervitaminose)
- Topische keratolytische („Haut-schälende“) Substanzen.

Ich habe die Möglichkeit erhalten, alle Fragen zur Behandlung, zu Risiken und Alternativen zu stellen. Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Ich erkläre hiermit

- Ich bin ausreichend über die Risiken einer Retinoid-Behandlung, insbesondere die teratogene Wirkung, informiert worden
- Ich werde während der Therapie geeignete Massnahmen zur doppelten und sicheren Empfängnisverhütung treffen
- Ich bin mit der Behandlung mit Retinoiden einverstanden

Unterschrift Patientin/Patient: _____

Datum: _____

Unterschrift Ärztin/Arzt: _____

Datum: _____