

PATIENTINNEN/PATIENTEN INFORMATION ÜBER ANTABUS® - EINSTELLUNG

Der/die Unterzeichnende..... bestätigt von seiner Ärztin/
seinem Arzt.....über mögliche **Wechselwirkungen**
informiert worden zu sein, die bei **gleichzeitiger Einnahme von Alkohol und Antabus®**
auftreten können. Dies sind :

- starke Hautrötung am Kopf, Hals und Brustbereich, starke Kopfschmerzen,
- Erstickungsgefühl, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Herzrasen,
- Blutdruckabfall mit Schwindelgefühl, Brustschmerzen.

Folgende **Nebenwirkungen** (ohne Alkoholeinnahme) können gelegentlich auftreten:

- Vorübergehend Benommenheit, Antriebsmangel aber auch -steigerung
- Allergische Hautreaktion, Kopfschmerzen, Durchfall, Verstopfung,
- Metallischer/ knoblauchähnlicher Geschmack im Mund

Bei Hautrötung, Gelbfärbung der Augen oder Haut, dunkelgefärbtem Urin bitte die Ärztin/
den Arzt verständigen.

Der/die Unterzeichnende bestätigt, auf den Trinkversuch zur Antabuseinstellung zu
verzichten. Der/die Unterzeichnende erklärt verbindlich, während der Zeit der
Antabusbehandlung auf Alkoholkonsum zu verzichten.

Datum:

.....

Unterschrift Patientin/Patient:

.....

Stempel / Unterschrift Praxis