Privatdozent Dr.med.habil. C.G.Schirren
Hautarzt, Allergologie
Dermatohistopathologisches Labor

Wilhelminenstraße 13
64283 Darmstadt
Tel:06151/995810
Fax:06151/995811
Internet: www.dr-schirren.de
E-Mail: info@dr-schirren.de

Bestätigungsformular für männliche Patienten
(Isotretinoin)

_____
Name, Vorname des Patienten

Mit Ihrer Unterschrift unter dieser Bestätigung erklären Sie, dass Sie die unten aufgelisteten Punkte gelesen und verstanden haben und dass Sie die Risiken und notwendigen Vorsichtsmaßnahmen, die mit der Einnahme von Isotretinoin verbunden sind, akzeptieren. Bitte lesen Sie die Punkte 1 bis 3 sorgfältig durch und unterschreiben Sie diese Bestätigung nur dann, wenn Sie alle verstanden haben. Wenn ein Elternteil oder Vormund diese Bestätigung unterschreiben muss, so muss auch dieser den Text gelesen und verstanden haben, bevor er oder sie die Unterschrift leistet.

1. Ich weiß, dass ich während der Einnahme von Isotretinoin und einen Monat danach kein Blutspenden darf, um schwangere Frauen und deren ungeborene Kinder, die diesen Blut erhalten könnten, nicht zu gefährden. Ich weiß dies und werde mich daran halten. Insbesondere ist mir bewußt, dass ich im Falle einer Zuwiderhandlung mit strafrechtlichen Konsequenzen und einer zivilrechtlichen Haftung zu rechnen habe.

2. Aufgrund des mir bekannten Gefahrenpotentials von Isotretinoin werde ich das mir verschriebene Arzneimittel keiner anderen Person zur Verfügung stellen, unabhängig davon, ob sie das gleiche Krankheitsbild hat wie ich und ob es sich um Familienangehörige handelt.

3. Ich verpflichte mich, nach Therapieende unbenutzte Kapseln umgehend in die Apotheke zur Entsorgung zurückzubringen.

4. Mir ist bekannt, daß durch die Behandlung mit Isotretinoin ein vorzeitiger Schluss der Epiphysenfugen (Wachstumsfugen der Knochen) und damit ein vorzeitiges oder ein vorübergehendes Ende des Größenwachstums möglich ist.

Der verschreibende Arzt hat mich umfassend aufgeklärt und alle meine Fragen zu Isotretinoin beantwortet und ich akzeptiere die Risiken und die damit verbundenen Vorsichtsmaßnahmen, die mir eingehend erklärt wurden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die in den Punkten 1 bis 3 aufgeführten Hinweise verstanden habe und befolgen werde.

Darmstadt, den_____ _____
Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter