

## Patientin / Patienten Information über Antabus® – Einstellung

Die / der 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.

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

Datum:

.....

Unterschrift Patientin / Patient

.....

Stempel / Unterschrift Praxis