

**Aufklärungsbestätigung und Einwilligung**  
**vor dem Beginn einer**  
**Behandlung mit dem TNF-Blocker Infliximab (Remicade®)**

Patientenname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Im ärztlichen Gespräch wurde ich durch \_\_\_\_\_ informiert über:

- Behandlung schwerer Formen von Psoriasis-Arthritis, Colitis ulcerosa, Pyoderma gangraenosum. M.Crohn etc
- eventuelle Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden
- spezielle Risiken und Nebenwirkungen der Therapie
- risikoerhöhende Besonderheiten
- mögliche Komplikationen
- erforderliche Verhaltensregeln
- hohe Therapiekosten! Daher nur wenn andere Arzneistoffe (Glucocorticoide, Methotrexat) nicht ausreichen wirken.
- Die Patienteninformation zur Behandlung mit *Remicade* habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte alle mich interessierenden Fragen stellen und werde die Verhaltenshinweise beachten.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in)