



*Ausgestellt am:*

*durch: Arzt/Apotheker (Stempel)*

## PATIENTENKARTE



**Bei Behandlung mit Methotrexat unbedingt beachten:**  
Sie werden wegen chronischer Polyarthrits (= rheumatoide Arthritis), juveniler Arthritis oder Psoriasis (Schuppenflechte) mit einem Methotrexat-Produkt behandelt.



Name: .....

Vorname: .....

Methotrexat-Präparat: .....

Wochentag der Anwendung: .....

**Zeigen Sie diese Patientenkarte Ihren Angehörigen und dem medizinischen Personal, welches Sie betreut, oder bei Spitaleinweisung dem behandelnden Arzt.**

## Bitte beachten Sie neben der Packungsbeilage folgende Punkte:

- Sie dürfen Ihr Methotrexat-Präparat **NUR 1 x WÖCHENTLICH** einnehmen bzw. anwenden. Legen Sie mit Ihrem Arzt/Apotheker den Wochentag der Einnahme/Anwendung fest. Er wird den Wochentag auf der Packung vermerken und auf dieser Karte eintragen.
- Falls während der Behandlung mit Methotrexat **folgende Beschwerden** auftreten, kontaktieren Sie unverzüglich Ihren Arzt: Fieber, Halsschmerzen, Geschwüre der Mundschleimhaut, Durchfall, Erbrechen, Hautausschlag, Blutung, ungewohnte Schwäche oder Müdigkeit. Solche Zeichen können auf eine Überdosierung von Methotrexat bei zu häufiger Anwendung hinweisen.
- Wenn Sie an einer Störung der Nierenfunktion leiden, sagen Sie dies Ihrem Arzt.
- Wenn Sie entzündungshemmende Schmerzmittel (auch frei verkäufliche wie z. B. Ibuprofen, Diclofenac) benötigen, informieren Sie Ihren Arzt/Apotheker über die Behandlung mit Methotrexat.