

# PATIENTENBEGLEITBOGEN

## zur Therapie mit BtM-Schmerzpflaster

■ **Ihr Arzt** hat Ihnen folgendes Schmerzpflaster zur Behandlung starker Schmerzen verordnet:

\_\_\_\_\_

■ **Ihre Dosierung:**

\_\_\_\_\_ Pflaster wechseln

■ **Wirkweise:**

Schmerzpflaster werden zur Therapie chronischer Schmerzen eingesetzt. Die Pflasteranwendung auf der Haut bietet dabei u. a. folgende Vorteile:

- enthaltener Wirkstoff wird gleichmäßig und genau dosiert abgegeben
- gleichbleibender Wirkstoffspiegel im Blut sorgt für kontinuierliche Schmerzkontrolle

■ **Anwendungshinweise:**

### Auswahl der Hautfläche

- Geeignet sind die Brust, die obere Rückenpartie oder die Oberarm-Außenseite
- Hautstelle muss sauber, fettfrei, unverletzt und möglichst unbehaart sein

### Aufkleben des Pflasters:

- Öffnen des Schutzbeutels nach Gebrauchsanweisung (Klebeflächen des Pflasters dürfen sich nicht berühren)
- Pflaster auf vorbereitete Hautstelle platzieren, fest andrücken und Schutzfolie entfernen
- Pflaster mit der Handfläche (ca. 30 Sek.) auf der Haut andrücken (Pflaster und Rand müssen vollständig auf der Haut kleben)



### Wechsel:

- Nach Anweisung des Arztes Pflasterwechsel vornehmen (in der Regel nach 72 Stunden (3 Tagen))
- Abziehen des alten Pflasters von der Haut
- Aufbringen des neuen Pflasters auf andere Hautstelle
- Bekleben der alten Hautstelle erst nach 6-7 Tagen

### Entsorgung:

- Abgezogenes Pflaster an den Klebeflächen zusammendrücken
- Anschließend mit Hausmüll entsorgen
- Spezielle Entsorgungssysteme für Pflaster gewährleisten besonders sichere Entsorgung

■ **Weitere Hinweise:**

- Baden, duschen und schwimmen (nicht zu heiß) ist mit dem Schmerzpflaster möglich (Gebrauchsanweisung beachten)
- Auf intensive Sonneneinstrahlung und andere Wärmequellen (z. B. Sauna, Wärmflasche) verzichten
- Pflaster nicht teilen

Diese Information ersetzt nicht den Beipackzettel. Bitte lesen Sie diesen zusätzlich aufmerksam durch.

**Gute Besserung wünscht Ihnen Ihre Apotheke!**

Dies ist ein Service Ihrer Apotheke:

## Ihr PATIENTENPASS zum Ausschneiden

Name des Patienten

Name des Arzneimittels

Dosierung

Bitte Datum der Pflasterwechsel ankreuzen

Monat:

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Monat:

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Monat:

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				