

Einverständniserklärung zur medikamentösen Behandlung

Angaben Patient:in

Name; Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift

Im Rahmen eines persönlichen ärztlichen Aufklärungsgesprächs wurden der/die Patient/in (alters- und entwicklungsentsprechend) sowie die Sorgeberechtigten umfassend und verständlich über die geplante medikamentöse Behandlung mit dem in Folge genannten Medikament aufgeklärt.

Medikamentöse Behandlung mit:

Wirkstoff

Präparat

Geplante Zieldosierung

Die Aufklärung umfasste insbesondere:

1. die Diagnose und die Indikation für die medikamentöse Behandlung

2. das angestrebte Behandlungsziel sowie die zu erwartende Wirksamkeit

3. mögliche Behandlungsalternativen (einschließlich nichtmedikamentöser Maßnahmen)

4. Art und Dauer der Behandlung

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

PATIENT:IN

Name, Vorname, Geb.datum

5. die Eindosierung erfolgt nach Eindosierungsplan und wird individuell angepasst (Eindosierungsplan liegt separat vor).
6. mögliche Wechselwirkungen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen, insbesondere ergänzend zur Fachinformation

-
7. erforderliche Verlaufskontrollen 1- bis 2-mal pro Quartal, in der Eindosierung ggf. öfter

-
8. vor Beginn der Medikation bedarf es einer EKG- und Laborkontrolle (Blutbild, Niere- u. Leberwerte, TSH, El'lyte - Überweisung wird mitgegeben); Beginn der Medikation erst bei regelrechten Befunden
 9. jährliche Laborkontrollen (Blutbild, Niere- u. Leberwerte, El'lyte); bei Bedarf häufiger (Überweisung wird mitgegeben)
 10. Abänderungen der Dosierung oder Absetzen erfolgt nur in Rücksprache mit einem/-r Facharzt/ -ärztin, um schwerwiegende Absetzphänomene zu verhindern.
 11. Ich wurde / Wir wurden darüber aufgeklärt, dass insbesondere zu Beginn der Behandlung oder nach einer Dosiserhöhung von Psychopharmaka in seltenen Fällen suizidale Gedanken, suizidale Impulse oder selbstverletzendes Verhalten neu auftreten oder zunehmen können. Ich wurde / Wir wurden angewiesen, auf entsprechende Veränderungen zu achten und bei Auffälligkeiten unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Bei akuter Eigengefährdung werde ich / werden wir umgehend eine kinder- und jugendpsychiatrische Notfallambulanz (Josefinum Kempten; Haubensteigweg 40 in 87439 Kempten; Tele.: 0831 52339-0) aufsuchen oder den Rettungsdienst (112) verständigen.

Einverständniserklärung zur medikamentösen Behandlung

Ich wurde / Wir wurden ausführlich über die geplante medikamentöse Behandlung, deren Wirkung, mögliche Risiken und Nebenwirkungen sowie Behandlungsalternativen aufgeklärt. Ich hatte / Wir hatten ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen; diese wurden zu meiner / unserer Zufriedenheit beantwortet. Ich bin / Wir sind mit der Durchführung der vorgeschlagenen medikamentösen Behandlung einverstanden.

Wirkstoff / Präparat/ geplante Zieldosis

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

PATIENT:IN

Name, Vorname, Geb.datum

Zustimmung bei Volljährigkeit

Bei volljährigen Patientinnen und Patienten ist ausschließlich die Zustimmung der betroffenen Person erforderlich.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Behandlung mit dem oben genannten Medikament.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Zusätzliche Zustimmung Jugendlicher ab dem 16. Lebensjahr

Bei Jugendlichen ab Vollendung des 16. Lebensjahres ist zusätzlich die eigene Zustimmung erforderlich:

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Behandlung mit dem oben genannten Medikament.

Name des Jugendlichen / der Jugendlichen

Unterschrift Jugendliche/r (ab 16 Jahre)

Ort, Datum

Unterschriften der Sorgeberechtigten

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Behandlung mit dem oben genannten Medikament.

SORGEBERECHTIGT 1

Name; Vorname; Geb.Datum

Ort, Datum; Unterschrift

SORGEBERECHTIGT 2

Name; Vorname; Geb.Datum

Ort, Datum; Unterschrift