

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG ZUR BEHANDLUNG MIT BACLOFEN

- (1) Ich, der unterzeichnende Patient, bestätige, von Frau Dr. Vera Schnell, Allgemeinärztin in 93051 Regensburg, Boelckestr. 17/19, umfassend über die Therapie meiner Alkoholprobleme mit Baclofen in hoher Dosierung informiert worden zu sein.
- (2) Ich weiß, dass diese Behandlung keine offizielle Zulassung der zuständigen Behörden besitzt. Ich wünsche diese Behandlung trotz möglicher unerwünschter Nebenwirkungen, weil ich bisher keine wirksame Therapie für meine Alkoholprobleme gefunden habe.
- (3) Ich habe die hauptsächlichen unerwünschten Nebenwirkungen zur Kenntnis genommen und verstanden: Schläfrigkeit, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel und Schlafstörungen. In seltenen Fällen können schwere Zustände von Verwirrung auftreten. Frau Dr. Schnell hat mich informiert, dass dann vorübergehend keine Dosiserhöhung mehr stattfinden oder vielleicht die Therapie ganz abgebrochen wird.
- (4) Um sie in die Lage zu versetzen, besondere Vorsichtsmaßnahmen bei der Medikamenteneinnahme anzuordnen, habe ich Frau Dr. Schnell umfassend und wahrheitsgetreu über meine medikamentöse Vorgeschichte informiert.
- (5) Ich habe zur Kenntnis genommen, dass es beim Absetzen des Medikamentes zu Entzugserscheinungen kommen kann und dass das Absetzen deshalb langsam, nicht abrupt und nach Anweisung von Frau Dr. Schnell erfolgen muss.
- (6) Ich verpflichte mich, keine Fahrzeuge oder gefährliche Maschinen zu führen, für ein Dauer, die mindestens dem Zeitraum der Dosiserhöhungen entspricht und diese Art von Aktivitäten erst nach Rücksprache mit Frau Dr. Schnell wieder aufzunehmen.
- (7) Ich verpflichte mich, genauestens die Anweisungen von Frau Dr. Schnell zu befolgen und sie stets über Schwierigkeiten und Probleme im Laufe der Behandlung zu informieren.
- (8) Sollte ich durch die Therapie Probleme bekommen, werde ich meine Angehörigen nachdrücklich bitten, keine rechtlichen Schritte gegen Frau Dr. Schnell einzuleiten.
- (9) Ich hatte genügend Zeit, meine Entscheidung für oder gegen diese Therapie zu treffen.
- (10) Hiermit bestätige ich darüber informiert zu sein, dass die Therapie der Alkoholkrankheit mit Baclofen „Off Label Use“ erfolgt, weil Baclofen in Deutschland für diese Indikation keine Zulassung hat.
Ich bestätige auch, von der verordnenden Ärztin, Frau Dr. V. Schnell auf diese Tatsache hingewiesen worden zu sein und über mögliche Nebenwirkungen ebenfalls ausreichend informiert worden zu sein. Sollten Nebenwirkungen auftreten, so werde ich mich sofort an meine behandelnden Ärzte wenden.
Mir ist bewusst, dass die Krankenkassen unter diesen Umständen möglicherweise die Kostenübernahme für Baclofen rückwirkend ablehnen. In diesem Falle übernehme ich die Kosten selbst und wende mich wegen der Kostenübernahme selbst an die Krankenkasse.

Name des Patienten (in Druckbuchstaben):

.....
Datum / Ort

.....
Unterschrift

Dr. med. Vera Schnell

Fachärztin für Allgemeinmedizin

Boelckestr. 17/19, 93051 Regensburg

