

Aufklärung für Behandlungsmaßnahmen oder Vorbeugemaßnahmen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

auf Grund Ihrer Beschwerden oder Ihrer Befunde oder als Vorsorgemaßnahme wird die Behandlung mit:

für nötig erachtet. Damit soll einer Erkrankung vorgebeugt oder die Heilung folgender Erkrankung angestrebt werden:

MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN:

Komplikationen sind sehr selten, es kann in sehr seltenen Fällen zu schweren bis lebensbedrohlichen Folgen der Behandlung kommen.

Störungen der Haut, der Hautanhangsgebilde bis zum Haarverlust, Störungen der Sinnesorgane, des Nervensystems mit erheblicher Einschränkung des Reaktionsvermögens, zu Infektionen, Abszessen, schwere Störungen der Blutbildung, der Gerinnung, der Atmung und Funktionsstörungen aller innerer Organe, der Gelenke und des Knochenstoffwechsels. Störungen der Atmung, des Herzens und des Kreislaufes, schwere allergische Reaktionen bis zum Schock und lebensbedrohlichen Zuständen. Weichteilinfektionen und -abszesse können ebenfalls vorkommen.

ERKLÄRUNG:

Ich versichere, bei allen Medikamenten, welche ich jetzt und in Zukunft einnehme, den Beipackzettel zu lesen und Vorsichtsmaßnahmen einzuhalten, ggf. auftauchende Fragen vor Beginn der Behandlung zu klären.

Es besteht keine Schwangerschaft, keine Erkrankung des Nervensystems (wie Psychose, Depression, cerebrales Anfallsleiden), keine Leberzirrhose. Es bestehen keine schweren chronischen Infektionskrankheiten wie HIV, Tuberkulose, Leptospirose. Eine Tumorerkrankung oder schwere Blutbildveränderungen sind nicht bekannt. Autoimmunerkrankungen sind nicht bekannt.

Hinsichtlich der o.g. Behandlung habe ich den Beipackzettel gelesen, habe keine weiteren Fragen zur Behandlung. Ich bin mit der Behandlung einverstanden.

Datum

Unterschrift des Patienten /
Sorgeberechtigten

Unterschrift des Arztes