

Patienten Erklärung –Behandlung durch Frau Dr. med. Susanne Ehmer

Vorname / Name :

Str.

PLZ / Ort

Geb. Datum :

Ich bin entsprechend meiner Erkrankung / Diagnose:

über allgemeine und besondere Risiken einer alternativmedizinischen und schulmedizinischen Behandlung aufgeklärt worden. Die wichtigsten Inhalte der Aufklärung sind in dieser Patienten-Erklärung festgehalten. Über die Besonderheiten meiner Erkrankung, die Intensität und Entwicklungsprognose wurde ich beraten.

Weitere Hinweise: _____

Mir ist bekannt, dass es für viele Erkrankungen neben schulmedizinischen Methoden auch naturheilkundliche Heilansätze gibt, deren Wirkweise nicht oder nur teilweise im Sinne einer medizinisch- klinischen Studie nachgewiesen ist. Soweit ich naturheilkundliche Therapieformen statt schulmedizinischer Therapieformen in Anspruch nehme, geschieht dies auf meinen ausdrücklichen Wunsch Ich weiß, dass ich jederzeit nachfragen kann, wenn ich insoweit etwas nicht verstanden habe, mir unsicher bin oder die Therapieform wechseln möchte. Mir ist bewußt, dass einige der angewendeten Therapieformen im Sinne des SGBV experimentelle Therapien sind, für die keine Leistungspflicht der Krankenkassen besteht.

Soweit ich schulmedizinische Behandlungsmethoden von Facharztdisziplinen wie beispielsweise Onkologie oder Urologie wünsche oder eingehender in Spezialdisziplinen beraten werden möchte, werde ich mich eigeninitiativ an Fachärzte dieser Fachrichtungen wenden.

Ob und welche Behandlung und Beratung ich bei anderen Ärzten in Anspruch nehme, liegt in meinem jederzeitigen freien Ermessen. Ich werde Frau Dr. Ehmer fortlaufend darüber informieren, welche parallele Behandlung ich in Anspruch nehme. Mir ist bewusst, dass dies insbesondere erforderlich ist, um Wechselwirkungen vermeiden zu können. Aus demselben Grund werde ich auch etwaige andere mich behandelnde Ärzte über die Behandlung durch Frau Dr. Ehmer informieren.

Weitere Hinweise: _____

Im Beratungsgespräch haben wir auch eingehend darüber gesprochen, dass es keine Garantie für einen Erfolg der Behandlung gibt. Frau Dr. Ehmer hat darauf hingewiesen, dass es leider keine „Wunderheilmittel“ gibt. Auch alternative Heilansätze und neue Heilmethoden, die nicht standardisiert und noch nicht wissenschaftlich belegt sind, können keine Gewähr für den Behandlungserfolg bieten.

Ich wurde über die Risiken aufgeklärt, die bei Standard-Behandlungsmethoden auftreten können und verpflichtete mich, während und nach der Behandlung Frau Dr. Ehmer unverzüglich über nennenswerte Veränderungen meines Wohlbefindens zu informieren. Exemplarisch sind nachfolgend mögliche Nebenwirkungen und Risiken aufgeführt (in Klammern allgemeine Häufigkeit des Auftretens):

Bei Spritzen und Infusionen:

- Unverträglichkeit des Präparates (je nach Mittel individuell auftretend und zu besprechen, sehr selten bis gelegentlich);
 - o bei Vitamin C Hochdosis Infusion: brennendes/stechendes Gefühl in der Vene (selten), Unwohlsein (sehr selten), Unruhegefühl und nachfolgende Schlafstörung in der folgenden Nacht (sehr selten), allergische Reaktionen bis hin zum allergischen Schock (sehr selten), bei vorliegender Enzymmangelerkrankung (Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel): Hämolyse (Zerfall roter Blutkörperchen (äußerst selten)
 - o bei Prokain-Therapie: allergische Reaktion bis hin zum allergischen Schock (selten), brennen im Injektionsgebiet (häufig) / bei Infusion im Gefäß (selten)
 - o bei Eigenblutinjektion: leichte Erhöhung der Körpertemperatur (selten bis häufig), kurzfristiger geringer Anstieg der Herzfrequenz (selten), kurzfristiges „Wiederauftreten“, auch verstärktes, bestehender Hauterkrankungen (selten bis mittelhäufig)
- Entzündung / Infektion an der Einstichstelle (selten), vorübergehende „Beulenbildung“ im Umfeld der Injektionsstelle (selten), Hämatom/blauer Fleck im Bereich der Einstichstelle (häufig), Schmerzen und Druckgefühl im Injektionsbereich (selten)

Bei Akupunktur:

- Je nach Schmerzempfindlichkeit Schmerzen an der Einstichstelle, Entzündungen Rötungen (selten), Hämatome/blaue Flecken (selten)
- Kreislaufbeeinträchtigungen mit Folgen wie Schwindelgefühl, innere Unruhe und Übelkeit (sehr selten bis selten)
- Gefäß- Nerven- oder Organverletzungen (äußerst selten)

Um Kontraindikationen zuverlässig auszuschließen wird eine ausführliche Anamnese durchgeführt. Der Patient verpflichtet sich, jederzeit vollständig und umfänglich über Vorerkrankungen und über seine Gesundheitssituation im weitesten Sinne, einschließlich

eingenommener Medikamente, Allergien etc. zu informieren - auch während der Behandlung, soweit Änderungen eintreten.

Hinweise des Patienten zu Vorerkrankungen und eventuellen Risikofaktoren (erforderlichenfalls auf der Rückseite ergänzen):

[] Es bestehen keine relevanten Vorerkrankungen oder Risikofaktoren (ggf. ankreuzen).

Weitere Fragen des Patienten (erforderlichenfalls auf der Rückseite ergänzen):

(soweit dies Feld leer ist, bestehen keine weiteren oder nicht ausreichend beantworteten Fragen; eine weitergehende Beratung wird dann aktuell nicht gewünscht)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten zur Erstellung einer Studie unter Berücksichtigung des Datenschutzes verwendet werden (kann jetzt gestrichen und jederzeit widerrufen werden). Meine Daten werden elektronisch in meiner elektronischen Patientenakte gespeichert und verarbeitet. Die allgemeinen Datenschutzinformationen der Arztpraxis habe ich zur Kenntnis genommen und bin einverstanden.

Abschließend erkläre ich, dass ich ausreichend Bedenkzeit hatte und in voller Kenntnis der Aufklärung unter sorgsamem Überdenken aller Risiken und Chancen eine alternativmedizinische Behandlung meiner Erkrankung wünsche. Ich habe verstanden, dass ich die Behandlung jederzeit abbrechen kann.

Folgende Behandlungsmethoden sollen zum Start der Behandlung zum Einsatz kommen, sofern im Fortlauf weitere Behandlungsmethoden eingesetzt wurden, deren Aufklärung mit dieser Erklärung bestätigt wird, gilt die Belehrung auch für diese Anwendungen. Soweit später Fragen auftauchen, werde ich sie sofort stellen.

Behandlungsmethoden zum Start der Behandlung:

Schwabach, den _____

Unterschrift des Patienten/der Patientin: _____