

Formblatt 1: Informierte Zustimmung zur psychotherapeutischen Behandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir möchten Sie Frau/Herr _____
noch einmal herzlich bei uns willkommen heißen.

Um mit Ihnen gemeinsam einen Weg aus der seelischen Krise zu finden, haben wir Ihnen eine psychotherapeutische Behandlung angeraten. Mithilfe dieses Formblattes möchten wir mit Ihnen gemeinsam, gerne auch unter Hinzuziehung einer Vertrauensperson (Frau/Herr: _____), den Anlass, die konkrete Durchführung, mögliche Nebenwirkungen und die Zielsetzung dieser Behandlungsform erörtern. Es ist uns ein besonderes Anliegen, dieses Aufklärungsgespräch als Dialog zu gestalten, der all Ihren Hinweisen, Erfahrungen, Fragen und Bedenken den nötigen Raum lässt.

Was wären aus Ihrer Sicht besonders wichtige Themen, die in der Psychotherapie berücksichtigt werden sollen?

Gibt es bestimmte Symptome, die Sie im Moment besonders einschränken und die sich unter der Psychotherapie bessern sollten? Wenn ja, welche?

Die von Ihnen geschilderten Beschwerden lassen sich aus unserer Sicht auch als Diagnose formulieren. Diagnosen sind gerade im Kontext psychiatrischer Behandlungen sehr kritisch zu bewerten, nicht zuletzt da sie einem steten Wandel unterworfen sind. Dennoch sind wir als Ärzte und Therapeuten angehalten, unser diagnostisches und thera-

peutisches Handeln immer durch eine Diagnose zu begründen. Nach unserem klinischen Eindruck und der bereits durchgeführten Diagnostik (sowie nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand) empfehlen wir Ihnen eine psychotherapeutische Behandlung aufgrund folgender Diagnose:

Gerne erläutern wir Ihnen diese Diagnose näher:

Zur Besserung Ihrer Beschwerden würden wir Ihnen gerne folgende Verfahren in Gesprächspsychotherapie anraten, als

Einzeltherapie: _____

mit voraussichtlich _____ Terminen pro Woche,

und Gruppentherapie: _____

mit voraussichtlich _____ Terminen pro Woche.

Zusätzlich möchten wir eine Behandlung mit sog. »nonverbalen« Psychotherapien empfehlen:

- Musiktherapie
- Gestaltungstherapie
- Tanztherapie
- Entspannungstherapie
- Bewegungstherapie
- Euthyme Therapie

Haben Sie mit der einen oder anderen Therapieform schon gute oder schlechte Vorerfahrungen gemacht? Wenn ja, welche?

Mögliche Begleiterscheinungen während der Therapie, aus Behandler-Sicht:

Eine zusätzliche Unterstützung könnte dann so aussehen:

Gibt es etwas, was bei Ihrer Behandlung noch besonders berücksichtigt werden sollte?

Welche Fragen sind aus Ihrer Sicht noch offen?

Beantwortung dieser Fragen (stichpunktartig):

Bitte ankreuzen:

- Ich bin mit der hier vereinbarten Behandlung einverstanden. Alle Erklärungen konnte ich gut verstehen und nachvollziehen. Meine Hinweise zur Planung der Behandlung wurden in den Therapieplan aufgenommen. Alle meine Fragen konnten zu meiner Zufriedenheit beantwortet werden.
- Ich brauche noch Bedenkzeit und möchte ein weiteres Gespräch (unter Hinzuziehung einer Person meines Vertrauens):

- Neuer Gesprächstermin:
- Ich bin mit einer psychotherapeutischen Behandlung im Moment nicht einverstanden.

_____ Ort, Datum	_____ Name der/des Patientin/en	_____ Name der/des Therapeutin/en
---------------------	--	--

Mit Ihrem Einverständnis fertigen wir von diesem Aufklärungsbogen eine Kopie für unsere Akten an, das Original ist für Sie bestimmt.

Formblatt 2: Informierte Zustimmung zur Medikamenten- Behandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir möchten Sie Frau/Herr _____
noch einmal herzlich bei uns willkommen heißen.

Um mit Ihnen gemeinsam einen Weg aus der seelischen Krise zu finden, haben wir Ihnen eine Behandlung mit Medikamenten an-geraten. Mithilfe dieses Formblattes möchten wir mit Ihnen gemein-sam gerne auch unter Hinzuziehung einer Vertrauensperson (Frau/ Herr: _____), den An-lass, die konkrete Durchführung, mögliche Nebenwirkungen und die Zielsetzung dieser Behandlungsform erörtern. Es ist uns ein besonde-res Anliegen, dieses Aufklärungsgespräch als Dialog zu gestalten, der all Ihren Hinweisen, Erfahrungen, Fragen und Bedenken den nötigen Raum lässt.

Gibt es bestimmte Symptome, die Sie im Moment besonders einschrän-ken und die sich unter der Medikamententherapie bessern sollten?
Wenn ja, welche?

Die von Ihnen geschilderten Beschwerden lassen sich aus unserer Sicht auch als Diagnose formulieren. Diagnosen sind gerade im Kontext psychiatrischer Behandlungen sehr kritisch zu bewerten, nicht zuletzt da sie einem steten Wandel unterworfen sind. Dennoch sind wir als Ärzte und Therapeuten angehalten, unser diagnostisches und thera-peutisches Handeln immer durch eine Diagnose zu begründen. Nach unserem klinischen Eindruck und der bereits durchgeführten Diag-nostik (sowie nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand) empfehlen wir Ihnen eine Behandlung mit Medikamenten aufgrund folgender Diagnose:

Gerne erläutern wir Ihnen diese Diagnose näher:

Haben Sie in der Vergangenheit aufgrund ähnlicher Beschwerden schon mit bestimmten Medikamenten besonders gute oder schlechte Erfahrungen gemacht? Wenn ja, welche?

Unter Einbeziehung Ihrer Erfahrungen möchten wir Ihnen zur Besserung Ihrer Beschwerden aus Behandler-Sicht folgende Medikamente empfehlen:

	Medikamentenname/ Wirkstoff	empfohlene Tagesdosis	Anwendungsform
a)	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____
c)	_____	_____	_____

Mögliche Begleiterscheinungen während der Therapie, aus Behandler-Sicht:

Eine zusätzliche Unterstützung könnte dann so aussehen:

Gibt es etwas, das bei Ihrer Behandlung noch besonders berücksichtigt werden sollte?

Welche Fragen sind aus Ihrer Sicht noch offen?

Beantwortung dieser Fragen (stichpunktartig):

Bitte ankreuzen:

- Ich bin mit der hier vereinbarten Behandlung einverstanden. Alle Erklärungen konnte ich gut verstehen und nachvollziehen. Meine Hinweise zur Planung der Behandlung wurden in den Therapieplan aufgenommen. Alle meine Fragen konnten zu meiner Zufriedenheit beantwortet werden.
- Ich brauche noch Bedenkzeit und möchte ein weiteres Gespräch (unter Hinzuziehung einer Person meines Vertrauens):

- Neuer Gesprächstermin:
- Ich bin mit einer Medikamenten-Behandlung im Moment nicht einverstanden.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Name der/des Patientin/en	Name der/des Therapeutin/en

Mit Ihrem Einverständnis fertigen wir von diesem Aufklärungsbogen eine Kopie für unsere Akten an, das Original ist für Sie bestimmt.

Formblatt 3: Informierte Zustimmung zur Medikamenten- Behandlung im zulassungsüberschreitenden Bereich (»Off-Label-Use«)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir möchten Sie Frau/Herr _____

noch einmal herzlich bei uns willkommen heißen.

Um mit Ihnen gemeinsam einen Weg aus der seelischen Krise zu finden, haben wir Ihnen eine Behandlung mit Medikamenten an-geraten. Mithilfe dieses Formblattes möchten wir mit Ihnen gemein-sam, gerne auch unter Hinzuziehung einer Vertrauensperson (Frau/Herr: _____), den An-lass, die konkrete Durchführung, mögliche Nebenwirkungen und die Zielsetzung dieser Behandlungsform erörtern. Es ist uns ein besonde-res Anliegen, dieses Aufklärungsgespräch als Dialog zu gestalten, der all Ihren Hinweisen, Erfahrungen, Fragen und Bedenken den nötigen Raum lässt.

Gibt es bestimmte Symptome, die Sie im Moment besonders einschrän-ken und die sich unter der Medikamententherapie bessern sollten?
Wenn ja, welche?

Die von Ihnen geschilderten Beschwerden lassen sich aus unserer Sicht auch als Diagnose formulieren. Diagnosen sind gerade im Kontext psychiatrischer Behandlungen sehr kritisch zu bewerten, nicht zuletzt da sie einem steten Wandel unterworfen sind. Dennoch sind wir als Ärzte und Therapeuten angehalten, unser diagnostisches und thera-peutisches Handeln immer durch eine Diagnose zu begründen. Nach unserem klinischen Eindruck und der bereits durchgeführten Diag-nostik (sowie nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand)

empfehlen wir Ihnen eine Behandlung mit Medikamenten aufgrund folgender Diagnose:

Gerne erläutern wir Ihnen diese Diagnose näher:

Haben Sie in der Vergangenheit aufgrund ähnlicher Beschwerden schon mit bestimmten Medikamenten besonders gute oder schlechte Erfahrungen gemacht? Wenn ja, welche?

Unter Einbeziehung Ihrer Erfahrungen möchten wir Ihnen zur Besserung Ihrer Beschwerden aus Behandler-Sicht folgende Medikamente empfehlen:

Medikamentenname/ Wirkstoff	empfohlene Tagesdosis	Anwendungsform
--------------------------------	-----------------------	----------------

Das empfohlene Medikament ist umfanglich nach wissenschaftlichen Maßstäben geprüft und besitzt eine offizielle Zulassung seitens der zuständigen Behörden. Es ist allerdings **nicht** zugelassen:

- für die bei Ihnen gestellte Diagnose
- für Ihre Altersgruppe

Wir empfehlen Ihnen dieses Medikament trotzdem, weil wir Ihre Erkrankung als schwerwiegend einstufen und:

- keine andere Therapie verfügbar ist
- bisher durchgeführte Therapien nicht den gewünschten Therapieerfolg erbracht haben

Wir empfehlen Ihnen diese Therapie nach sorgfältiger Abwägung der möglichen Risiken mit dem zu erwartbaren therapeutischen Nutzen, der aus unserer Sicht sehr gut begründet ist.

Mögliche Begleiterscheinungen während der Therapie, aus Behandler-Sicht:

Eine zusätzliche Unterstützung könnte dann so aussehen:

Gibt es etwas, was bei Ihrer Behandlung noch besonders berücksichtigt werden sollte?

Welche Fragen sind aus Ihrer Sicht noch offen?

Beantwortung dieser Fragen (stichpunktartig):

Bitte ankreuzen:

- Ich bin mit der hier vereinbarten Behandlung einverstanden. Alle Erklärungen konnte ich gut verstehen und nachvollziehen. Meine Hinweise zur Planung der Behandlung wurden in den Therapieplan aufgenommen. Alle meine Fragen konnten zu meiner Zufriedenheit beantwortet werden.

- Ich brauche noch Bedenkzeit und möchte ein weiteres Gespräch (unter Hinzuziehung einer Person meines Vertrauens):

-
- Neuer Gesprächstermin:
 Ich bin mit einer »Off-Label«-Medikamenten-Behandlung im Moment nicht einverstanden.

Ort, Datum	Name der/des Patientin/en	Name der/des Therapeutin/en
------------	---------------------------------	-----------------------------------

Mit Ihrem Einverständnis fertigen wir von diesem Aufklärungsbogen eine Kopie für unsere Akten an, das Original ist für Sie bestimmt.