Haftungsausschluss für die Behandlung mit einem nicht zugelassenen Medikament

Sehr geehrte Patientin,

Sehr geehrter Patient,

zur Durchführung einer Therapie mit Medikamenten, die hierfür nicht zugelassen sind (sog. „off-label-use“), benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Die bisherigen Therapieversuche haben keinen ausreichenden Erfolg gebracht. Es gibt kein für Sie und Ihre Erkrankung offiziell zugelassenes Medikament, das wir sinnvoll versuchen könnten. Folgende Alternativen haben wir besprochen:

Stattdessen wollen wir einen Heilversuch mit folgendem Medikament machen:

Das Medikament ist nicht für Ihre Erkrankung zugelassen. Das bedeutet, dass es seine Wirksamkeit und Unbedenklichkeit nicht eindeutig bewiesen hat. Daher besteht eine erhöhte Gefahr für unbeabsichtigte Wirkungen. Insbesondere haftet der Hersteller nicht für Gesundheitsschäden als Folge der Anwendung.

Besonders wichtig ist, dass Sie über die möglichen Nebenwirkungen des geplanten

Medikaments informiert sind. Lesen Sie bitte sorgfältig den Beipackzettel und besprechen Sie mögliche Fragen mit Ihrem Behandler. In Ihrem Falle weisen wir insbesondere auf die Möglichkeit folgender Nebenwirkungen hin:

Die Nebenwirkungen können sehr schwerwiegend sein und Ihren Gesundheitszustand

sogar wesentlich verschlimmern! Lebensbedrohliche Nebenwirkungen und nachhaltige

Gesundheitsschäden können nicht ausgeschlossen werden.

Erklärung der Patientin/des Patienten:

Ich wurde ausführlich über die o.g. Therapie mit einem für die Behandlung meines

Krankheitsbildes nicht zugelassenen Medikament („off-label-use“) informiert.

Ich weiß, dass es sich lediglich um einen Behandlungsversuch handelt und ein Erfolg nicht

garantiert werden kann.

Ich wurde umfassend über die wesentlichen Nebenwirkungen des eingesetzten

Medikamentes informiert und hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit Fragen zu stellen, die mir in verständlicher Weise beantwortet wurden. Insbesondere wurden mir auch mögliche Behandlungsalternativen angeboten.

Ich fühle mich über die Chancen und Risiken des Behandlungsversuches ausreichend informiert und aufgeklärt und stimme in Kenntnis der damit verbundenen Risiken der Behandlung zu. Außerdem verzichte ich auf Haftungsansprüche gegen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient/in oder gesetzlicher Vertreter Ärztin/Arzt

Scan in Pat.Akte, Original wird ausgehändigt