

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG / VEREINBARUNG zur Ketamintherapie

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Es ist mein ausdrücklicher Wunsch, eine Infusionsbehandlung mit Ketamin, für die eine Rechnungsstellung auf Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt, vornehmen zu lassen.

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Ich wünsche dennoch diese Behandlung. Die Arztrechnung ist mit den mir erläuterten Gesamtkosten von mir selbst zu bezahlen.

Mir wurde sehr genau erklärt, dass Ketamin keine Zulassung von der Arzneimittelbehörde hat, um Depressionen zu behandeln. Ketamin-Infusionen zur Behandlung von Depressionen sind somit ein „Off-Label-Use“ – d.h. eine Anwendung außerhalb des zugelassenen Bereiches. Auch über aufgetretene Nebenwirkungen bei Langzeitabusus, inklusive Bauchschmerzen, Blasenwandverdickung oder sogar -entfernung, bin ich informiert worden.

Die Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde nicht zu ihr gedrängt. Art, Inhalt, Risiken und Erfolgchancen der obengenannten Behandlung wurden mir in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch mit Dr. med. C. Walentiny eingehend erläutert. Ich konnte dabei auch alle meine mich interessierenden Fragen stellen. Diese wurde alle beantwortet und von mir verstanden.

Mir wurde erklärt, dass ich während einigen Stunden nach Infusion nicht fahrtüchtig bin.

Preis: _____ €/Infusion – normalerweise umfasst ein Therapiezyklus 6 Infusionen

Ort und Datum: Trier, _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift Arzt: _____