

Baclofen-Behandlungsvertrag

Hiermit verpflichte ich mich (Vor-/Nachname)

.....geboren am

gegenüber dem behandelnden Arzt Dr.

1. Täglich und zuverlässig das Medikament Baclofen nach meinem Dosierkalender einzunehmen
2. Eine unsachgemäße Einnahme bzw. Steigerung oder Reduzierung der Dosis kann schwere Gesundheitsfolgen bis hin zum Tode nach sich ziehen. Baclofen darf nicht plötzlich abgesetzt werden.
3. Alkohol und andere Substanzen (Medikamente) bzw. Drogen (Kokain, Amphetamine, Benzos, Heroin, Methadon, Ketamin, Ritalin etc.) werden täglich notiert.
4. Ich versuche weniger Alkohol zu trinken und keine anderen Substanzen zu nehmen.
5. Ich whatsappe täglich zuverlässig die Info BASTA (Baclofendosis, Alkoholkonsum, Stimmung, Andere Substanzen).
6. Bei Problemen oder Nebenwirkungen melde ich mich beim behandelnden Arzt.
7. Ich bin vom behandelnden Arzt über die Risiken und Nebenwirkungen der off-label (in Deutschland nicht zugelassene) Therapie mit Baclofen ausführlich und umfassend informiert worden. Ich hatte genügend Möglichkeiten für Fragen.
8. Ich verpflichte mich zu regelmäßigen (mindestens wöchentlichen) Telefonaten / Videoanrufen mit dem behandelnden Arzt.
9. Bei Nichteinhalten der Vorgaben oder Verweigerung der ärztlichen Anweisungen wird Baclofen sofort runterdosiert und die Therapie beendet.

ORT, DATUM, UNTERSCHRIFT