

Zustimmungserklärung zur Behandlung mit Baclofen.

- Ich, der Unterzeichnende, bestätige, von Dr. umfassend über die Therapie meiner Alkoholprobleme mit Baclofen in hoher Dosierung informiert worden zu sein.
- Ich weiß, dass diese Behandlung keine offizielle Zulassung der zuständigen Behörden besitzt. Ich wünsche diese Behandlung trotz möglicher unerwünschter Nebenwirkungen, weil ich bisher keine wirksame Therapie für meine Alkoholprobleme gefunden habe.
- Ich habe die hauptsächlichen unerwünschten Nebenwirkungen zur Kenntnis genommen und verstanden: Schläfrigkeit, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel und Schlafstörungen. In seltenen Fällen können schwere Zustände von Verwirrung auftreten. Dr. hat mich informiert, dass dann vorübergehend keine Dosiserhöhungen mehr stattfinden oder vielleicht die Therapie ganz abgebrochen wird.
- Um ihn in die Lage zu versetzen, besondere Vorsichtsmaßnahmen bei der Medikamenteneinnahme anzuordnen, habe ich Dr. umfassend und wahrheitsgetreu über meine medikamentöse Vorgeschichte informiert.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass es beim Absetzen des Medikamentes zu Entzugserscheinungen kommen kann und dass dieses Absetzen deshalb langsam, nicht abrupt und nach den Anweisungen von Dr. erfolgen muss.
- Ich verpflichte mich, keine Fahrzeuge oder gefährliche Maschinen zu führen, für eine Dauer, die mindestens dem Zeitraum der Dosiserhöhungen entspricht und diese Art von Aktivitäten erst nach Rücksprache mit Dr. wiederaufzunehmen.
- Ich verpflichte mich, genauestens die Anweisungen von Dr.
- zu befolgen und diesen stets über Schwierigkeiten und Probleme im Laufe der Behandlung zu informieren.
- Sollte ich durch die Therapie Probleme bekommen, werde ich meine Angehörigen nachdrücklich bitten, keine rechtlichen Schritte gegen Dr. einzuleiten. (Über diesen Punkt herrscht bei den Autoren dieses Leitfadens keine Einigkeit)
- Ich hatte genügend Zeit, meine Entscheidung für oder gegen diese Therapie zu treffen.

Name: Datum/Ort:

Unterschrift:.....