Praxis Pilatumed

Dr. (IRN) Behzad Hosseini

Einverständniserklärung zur Ketamintherapie

Ich wurde umfassend über die Anwendung von Ketamin zur unterstützenden Behandlung chronischer psychischer Erkrankungen aufgeklärt. Die Therapie erfolgt in kontrollierter Umgebung und in individuell angepasster, niedriger Dosis als Infusion oder Injektion.

Mir ist bekannt, dass Ketamin Off-Label zur Behandlung folgender Erkrankungen eingesetzt wird:

- therapieresistente Depression
- chronische Angststörung
- posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Zwangsstörung (OCD)
- chronische Suizidalität

Ich bin darüber informiert, dass mindestens sechs Sitzungen im wöchentlichen Abstand vorgesehen sind. Während und nach der Anwendung kann es zu folgenden Nebenwirkungen kommen:

- Schwindel, veränderte Wahrnehmung
- emotionale Reaktionen (z. B. Weinen, Lachen)
- Übelkeit, Blutdruck- oder Pulsveränderungen

Ich verstehe, dass ich nach der Behandlung nicht selbst ein Fahrzeug führen oder Maschinen bedienen darf und dass eine Ruhezeit in der Praxis erforderlich ist. Mir ist auch bekannt, dass bestimmte Vorerkrankungen (z. B. Substanzmissbrauch, unbehandelte Psychosen) gegen eine Behandlung sprechen können.

Ich habe Gelegenheit erhalten, Fragen zu stellen, und diese wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Ich erkläre mich mit der Durchführung der Ketamintherapie einverstanden.

Ort / Datum: _____

Unterschrift des Patienten / der Patientin: _____

Praxis Pilatumed

Dr. (IRN) Behzad Hosseini

Unterschrift der behandelnden Fachperson: _____