

# Ärztliche Erklärung zur empfohlenen medikamentösen Behandlung von AD(H)S

Ich, der unterzeichnende Arzt empfehle für

---

Name / Vorname / PLZ / Ort / Alter

die Verabreichung folgender Medikamente:

---

Medikamentennamen / Hersteller / enthaltene Wirkstoffe / Dosierung

## **Diagnose AD(H)S**

Eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit/ohne Hyperaktivität (ICD10-F90.x) wird von mir zweifelsfrei attestiert. Dazu habe ich folgende Tests/Untersuchungen durchgeführt:

---

---

---

---

---

---

---

---

Name/Art der Untersuchung/des Tests, Messwerte, Normgruppe, Prozentrang (ggf. auch der Subskalen), Ergebnis

## **Gesundheitszustand und Kontraindikationen**

Oben genannter Patient wurde von mir unmittelbar vor der Verschreibung sorgfältig untersucht. Außer dem diagnostizierten AD(H)S ist er bis auf folgendes vollkommen gesund:

---

---

Zudem wurden folgende mögliche Kontraindikationen sorgfältig von mir geprüft:

---

---

## **Gesundheitsrisiken**

- Ich sehe die Risiken von schweren Komplikationen oder gar Schäden als derart gering an, dass ich bereit bin, die volle Haftung für etwaige Gesundheitsschäden zu übernehmen.
- Da die von mir empfohlene Medikation nicht ganz frei von Risiken ist, bin ich nicht bereit, eine Haftung für etwaige Gesundheitsschäden zu übernehmen. Das Risiko haben allein der Patient bzw. seine Erziehungsberechtigten zu tragen.

Um sicherzustellen, dass ich keine Komplikation übersehe, habe ich mich ausführlich über mögliche Komplikationen der von mir empfohlenen Medikamente informiert. Folgende mögliche Komplikationen sind mir aus der Fachliteratur, insbesondere der Fachinformation des Medikamentes bekannt:

(Art der Komplikation, Häufigkeit, Persistenz nach Absetzen des Medikamentes)

---

---

# Ärztliche Erklärung zur empfohlenen medikamentösen Behandlung von AD(H)S

Fortsetzung Komplikationen:

---

---

---

---

---

Dem Patient sowie den Sorgeberechtigten wurden alle genannten Risiken in verständlicher Sprache erklärt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Sorgeberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

## **Medizinische Notwendigkeit**

Ich habe nach bestem Vermögen alternative und nebenwirkungsfreie Methoden auf ihre Tauglichkeit hin geprüft und bin dennoch der Ansicht, dass es zur oben genannten Behandlung keine Alternative gibt.

Folgende Behandlungen wurden bereits erfolglos durchgeführt:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Art der Behandlung / Behandelnde Fachkraft / Behandlungszeitraum / Grund des Abbruchs

Folgende Behandlungen schließe ich ohne Versuch aus:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Art der Behandlung / Grund des Ausschlusses

Folgende Behandlungen werden medikationsbegleitend durchgeführt:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Art der Behandlung / Behandelnde Fachkraft / Behandlungszeitraum

## **Dokumentation**

Die besondere Dokumentationspflicht, insbesondere der Beurteilung der mindestens einmal jährlich stattfindenden Auslassungsversuche ist mit bekannt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes

Praxisstempel