

Einverständnis-Erklärung

für die Behandlung mittels ANR im Regionalspital Interlaken und für die anonymisierte Datenerfassung im Rahmen der wissenschaftlichen Auswertung.

Der/die unterzeichnete Patient/in erklärt mit seiner Unterschrift, dass er/sie sich freiwillig zur Behandlung mittels **ANR** meldete und für die Behandlungskosten selber aufkommt.

Weiter erklärt der/die Unterzeichnete, dass er/sie in genügender Weise über das **ANR-Verfahren** informiert wurde. Er/sie kennt die Grundlagen von ANR, den Ablauf der Behandlung und die möglichen Komplikationen. Er/sie wurde darüber informiert, dass sämtliche Schritte der ANR-Behandlung nach streng wissenschaftlichen Kriterien und gemäss den Prinzipien der ärztlichen Sorgfaltspflicht erfolgen.

[Über die Behandlung durch die zuständigen **Anästhesisten** wird der/die Patient/in separat aufgeklärt und unterzeichnet eine separate Erklärung.]

Er/sie bestätigt, dass er/sie darauf hingewiesen wurde, dass das im ANR-Verfahren eingesetzte Medikament **Naltrexin®** für diese Anwendung in der Schweiz nicht explizit zugelassen ist (sog. Off-Label-Use).

Der/die Unterzeichnete erklärt sich bereit, den **Verordnungen der behandelnden Ärzte** Folge zu leisten und sich den im Behandlungsprotokoll vorgesehenen **Nachsorgeuntersuchungen** zu unterziehen. Insbesondere erklärt er/sie sich einverstanden, die **konsolidierende medikamentöse Behandlung mit Naltrexin®** für die vorgesehene Dauer gemäss Verordnung der behandelnden Ärzte einzunehmen, sofern nicht lebensbedrohliche Nebenwirkungen auftreten.

Der Unterzeichnete ist einverstanden, dass seine **Daten in anonymisierter Form** für die wissenschaftliche Auswertung verwendet werden.

Weiter entbindet er/sie die behandelnden Ärzte vom **Arztgeheimnis** den involvierten Mitarbeitern des ANR-Projekts, Dr. Waismann und dem involvierten Personal des Spitals Interlaken, sowie (auf Wunsch) dem Hausarzt und dem Vertrauensarzt seiner/ihrer Krankenkasse gegenüber.

Name:

Vorname

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift