

Name des Patienten:..... Geb. Datum:.....

Patientenaufklärung über die Behandlung mit EMDR

EMDR ist eine Psychotherapiemethode zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen. Sie besteht aus gezielter Aktivierung von Traumainhalten in einer Seiten wechselnden Stimulation optisch (Augen hin und her bewegen unter Anleitung), taktil (Seiten wechselndes Berühren) oder z. B. akustisch etc.

Die Behandlungsform ist also mit einem Wiedererinnern von Traumainhalten verbunden. Dieses kann zu Belastungen im seelischen und körperlichen Bereich führen, auch über die Sitzung hinaus, in seltenen Fällen auch längerfristig.

Der Erwerb von Stabilisierungstechniken ist Teil der Behandlung.

Ich bin in einem persönlichen Gespräch durch Frau/Herrn Dr. (Name der Ärztin, Arztes, PsychotherapeutIn eingeben) ausführlich und verständlich über die Behandlung mit EMDR sowie über Bedeutung, Anlass, Dringlichkeit, Umfang, Wesen, schwere typische Risiken, Art, Tragweite und mögliche Nebenwirkungen der geplanten Behandlung sowie über Heilungs- und Besserungschancen, die Folgen einer Nichtbehandlung und über Behandlungsalternativen aufgeklärt worden.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, alle meine Fragen über Art und Bedeutung der Behandlung mit EMDR, über evtl. Risiken und Komplikationen sowie über Nebenwirkungen und ihre Risiken zu stellen und habe diese verständlich und zufriedenstellend beantwortet bekommen.

Möglichkeit zur Dokumentation zusätzlicher Fragen seitens des Patienten oder sonstiger Aspekte des Aufklärungsgespräches (ggf. streichen):

Ich fühle mich ausreichend informiert und habe keine weiteren Fragen. Ich willige nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Behandlung mit EMDR ein.

Darüber hinaus habe ich den Text der Patientenaufklärung gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden.

Ein Exemplar dieser Patientenaufklärungs- und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

.....
Ort/Datum/Uhrzeit*

.....
Unterschrift des Patienten

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Patienten/der Eltern eingeholt.

.....
Ort/Datum/Uhrzeit*

.....
Unterschrift des/der aufklärenden Arztes/in PsychotherapeutIn

*Die Aufklärung hat am Vortag der EMDR Behandlung oder vorher stattzufinden.