Patienteninformation/Einverständniserklärung

Medivitan iV- Infusion

Patient:in:

Name, Vorname:_____

Geburtsdatum:_____

Einsatzmöglichkeiten der Infusion:

- Bei Erschöpfung, Abgeschlagenheit, Müdigkeit und Leistungsabfall, die auf eine Unterversorgung mit diesen B-Vitaminspeichern zurückzuführen sind.

Verabreicht werden mit **MEDIVITAN iV**

- **Vitamin B6 (Pyridoxin)**
- **Vitamin B12 (Cyancobalamin) und**
- **Vitamin B9 (=Folsäure).**

Gibt es Nebenwirkungen?

Das hochdosierte Medivitan IV wird über eine Infusion verabreicht. Es kann zu leichten Schmerzen beim Einstich kommen und es kann sich ein kleines Hämatom (blauer Fleck) bilden.

- Schwerwiegendere Nebenwirkungen sind selten, aber möglich. Dazu gehören Magen-Darm-Störungen durch den Folsäureanteil in höheren Dosierungen.
- Sehr selten kann es zu Hauterscheinungen wie Akne, Ekzeme oder Urtikaria (Hautquaddeln) im Zusammenhang mit Vitamin B12, sowie zu allergische Reaktionen bis hin zu anaphylaktischen Schockzuständen auf Folsäure oder Vitamin B12 kommen.

Bitte beantworten Sie alle nachfolgenden Fragen gewissenhaft.

Ist eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Pyridoxin (Vitamin B6),

Cyanocobalamin (Vitamin B12) oder Folsäure (Vitamin B9) bekannt? _____

Sind Sie schwanger? _____

Die Medivitan-Infusion ist eine wertvolle Therapieoption in der modernen Medizin. Eine sorgfältige Patientenauswahl, umfassende Aufklärung und professionelle Durchführung sind die Grundvoraussetzungen für eine sichere und effektive Behandlung.

Eine **Aufbaukur umfasst in der Regel die Gabe von Medivitan iV 2x pro Woche über 4 Wochen, Abweichungen vom Schema sind möglich.**

Die Medivitan-Infusion ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen (IGeL-Leistung). Die Kosten werden nach GOÄ privat in Rechnung gestellt.

Kostenübersicht:

Leistung	**GOÄ-Ziffer**	**Faktor**	**Betrag (Euro)**
Beratung	1	2,3	10,72
Infusion > 30 Minuten	272	2,3	24,13
Medivitan iV	Sachkosten/Doppelampulle		8,80

Ich wurde über die Anwendung aufgeklärt, alle Fragen wurden beantwortet und ich bin mit der Behandlung einverstanden. Eine Aufklärungskopie habe ich erhalten.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift