

Einwilligung zu Gewichtsmanagement & GLP-1-Medikation

Anamnesebogen und Einwilligungserklärung für medizinisch begleitetes Gewichtsmanagement mit GLP-1- und GIP-Medikamenten wie Semaglutid und Tirzepatid

Kundeninformationen

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Gesundheit & Ziele

Aktuelles Gewicht *

Körpergröße *

Zielgewicht

Was haben Sie bereits ausprobiert?

- ☐ Diät / Kalorienzählen
- ☐ Sportprogramm
- ☐ GLP-1-Medikament (Ozempic, Wegovy, Mounjaro, Zepbound)
- ☐ Phentermin oder anderer Appetitzügler
- ☐ Bariatrische Operation
- ☐ Noch nichts

Falls Sie bereits ein GLP-1-Medikament verwendet haben: Welches, welche Dosis, wie lange und welche Nebenwirkungen traten auf?

Medizinisches Screening

Sind Sie schwanger, planen Sie innerhalb der nächsten 2 Monate schwanger zu werden, oder stillen Sie? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie oder ein Blutsverwandter eine Vorgeschichte von medullärem Schilddrüsenkarzinom oder MEN 2? *

☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie jemals eine Pankreatitis? *

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Gallenblasenerkrankung oder Gallensteine? *

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Nierenerkrankung? *

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Gastroparese oder schweren Reflux? *

☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Insulin oder ein Sulfonylharnstoff-Präparat (z. B. Glipizid) ein? *

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Vorgeschichte einer Essstörung? *

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine diabetische Retinopathie? *

☐ Ja ☐ Nein

Aktuelle Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel

Allergien

Weitere medizinische Erkrankungen oder kürzliche Operationen?

Risiken & Komplikationen

Häufige Nebenwirkungen: Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, verminderter Appetit, Müdigkeit, Reaktionen an der Injektionsstelle. Diese sind in der Regel am stärksten zu Beginn der Behandlung oder bei einer Dosiserhöhung.

Ernsthafte Risiken:

- Pankreatitis — anhaltende starke Bauchschmerzen müssen sofort gemeldet werden
- Gallenblasenprobleme, einschließlich Gallensteinen
- Nierenschädigung durch Dehydratation nach Erbrechen oder Durchfall
- Niedriger Blutzucker, insbesondere in Kombination mit Insulin oder Sulfonylharnstoffen
- Schilddrüsen-C-Zell-Tumore, die in Tierstudien beobachtet wurden (Boxed Warning) — nicht anwenden bei persönlicher oder familiärer Vorgeschichte von medullärem Schilddrüsenkarzinom oder MEN 2
- Verlangsamte Magenentleerung — informieren Sie jeden Anästhesisten vor einem Eingriff über die Einnahme dieses Medikaments
- Verlust von Muskelmasse ohne ausreichende Proteinzufuhr und Krafttraining

Gewichtszunahme nach Absetzen ist häufig. Das Medikament ist Teil eines Programms, das Ernährung, Aktivität und Nachsorge umfasst.

Ich verstehe die Boxed Warning bezüglich Schilddrüsentumoren sowie die Risiken von Pankreatitis, Gallenblasenerkrankungen, Nierenschädigung und niedrigem Blutzucker, und ich werde das Medikament absetzen und ärztliche Hilfe suchen, wenn bei mir starke Bauchschmerzen, anhaltendes Erbrechen oder Anzeichen einer allergischen Reaktion auftreten.

Ich verstehe die Boxed Warning und die ernsthaften Risiken: _____

Ich verstehe, dass die Ergebnisse unterschiedlich ausfallen, dass das Gewicht nach Absetzen des Medikaments wieder zunehmen kann, und dass ich Nachsorgetermine wahrnehmen, Nebenwirkungen melden und gegebenenfalls eine wirksame Verhütungsmethode anwenden muss.

Ich verstehe, dass die Ergebnisse unterschiedlich ausfallen und eine Nachsorge erforderlich ist: _____

Programmvereinbarung

Ich verstehe, welches Medikament mir verschrieben wird, ob es sich um ein Markenprodukt oder ein individuell hergestelltes (compoundiertes) Präparat handelt, und dass compoundierte Medikamente nicht von der FDA zugelassen sind, von einer lizenzierten Apotheke hergestellt werden und in Stärke oder Zusammensetzung abweichen können.

Ich verstehe die Herkunft des Medikaments: _____

Ich bestätige, dass die von mir gemachten medizinischen Angaben vollständig und korrekt sind, und dass ich den Behandler über jegliche Änderungen informieren werde, einschließlich einer neuen Schwangerschaft.

Meine Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß: _____

Behandlungsprotokoll

Nur für den internen Gebrauch

	Datum	Gewicht	Medikament / Dosis	Notizen / Nebenwirkungen
Eintrag 1				
Eintrag 2				
Eintrag 3				
Eintrag 4				
Eintrag 5				
Eintrag 6				

Einwilligung & Unterschrift

Ich willige freiwillig ein, an einem medizinisch begleiteten Gewichtsmanagementprogramm teilzunehmen, das GLP-1- oder GIP/GLP-1-Rezeptoragonisten-Medikamente umfassen kann. Ich wurde über die Vorteile, Risiken, Alternativen (einschließlich Lebensstilprogrammen und anderer Medikamente) sowie die Notwendigkeit einer fortlaufenden Überwachung informiert. Mir ist bewusst, dass kein bestimmtes Ergebnis garantiert wurde. Ich entbinde den Behandler und die Praxis von der Haftung im Zusammenhang mit diesem Programm, außer in Fällen von Fahrlässigkeit.

Ich bestätige, dass ich die obigen Informationen gelesen und verstanden habe, und erteile meine informierte Einwilligung.

Ich habe die obigen Informationen gelesen und verstanden: _____

Unterschrift

Datum

Name in Druckschrift

Datum *

TT / MM / JJJJ

Dieses Formular wurde kostenlos von Consentify bereitgestellt

Consentify wandelt Formulare wie dieses in digitale Einwilligungserklärungen um, die Ihre Kunden auf ihrem eigenen Telefon per QR-Code unterzeichnen – mit automatischen PDFs, Kontraindikations-Flaggen und verschlüsselter Speicherung. Kostenloser Plan verfügbar unter <https://getconsentify.com>.

Nur eine Vorlage. Überprüfen Sie diese vor der Verwendung mit Ihrem eigenen zugelassenen Fachmann oder Rechtsbeistand; die Anforderungen variieren je nach Rechtsprechung und Praxis.