

Unbedenklichkeitsbescheinigung

Zur Durchführung von

- psychosomatische Rehabilitation mit Aktivierungsbehandlungen und Psychotherapie
- Graded Exercise Therapy (stufenweise gesteigertes Trainingsprogramm)
- Kognitive Verhaltenstherapie mit dem Ziel, sogenannte falsche Krankheitsüberzeugungen abzulegen
- Krankengymnastik
- Physiotherapie
- Massage
- nicht von medizinischem Fachpersonal überwachte Aktivierung in eigenständiger Selbsthilfe
- medikamentöse Therapie mit Antidepressiva oder anderen psychotropen Substanzen
- _____

Hiermit bestätige ich,

Name des Arztes/Vertreter der Institution

Anschrift

dass gegen die für Frau/Herrn

Name und Anschrift des Patienten

geplante/verordnete Behandlung

genaue Bezeichnung der geplanten Behandlung

ärztlicherseits keine medizinischen oder gesundheitlichen Bedenken bestehen.

Mir ist bekannt, dass Frau/Herr _____ an Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrom (G 93.3) erkrankt ist. Ich bestätige, dass Frau/Herr _____ mir eine Liste mit Studien überreicht hat, die bei dieser Krankheit eine Zustandsverschlechterung nach Belastung durch Aktivierung und Aktivierungstherapien sowie eine Reihe biomedizinischer Anomalien nachweisen.

Ich schätze jedoch das Risiko meiner/meines Patientin/Patienten, durch meine verordnete Behandlung kurzfristigen oder sogar dauerhaften Schaden zu nehmen als

derart gering ein, dass ich mich bereit erkläre, die volle Haftung für durch die Behandlung entstehende etwaige Gesundheitsschäden zu übernehmen.

Darüber hinaus garantiere ich die Wirksamkeit der verordneten/empfohlenen Behandlung. Ich habe mich ausführlich über mögliche Komplikationen informiert. Folgende mögliche Komplikationen sind mir aus der Fachliteratur bekannt:

Ort

Datum

*Unterschrift des Arztes/
des Vertreters der Institution*