
Praxis Dres. Harnisch, In der Au 20, 96472 Rödental

In der Au 20
96472 Rödental

Name:

Tel.: 09563-1318

geb.:

Fax: 09563-30327

Mail: info@praxis-dres-harnisch.de

Website:

www.praxis-dres-harnisch.de

Datum:

Patientenaufklärung Low-dose- Lithium-Therapie

Es gibt zahlreiche Studien, die belegen, dass Lithium ein essentielles Spurenelement ist. Ein Mangel kann eine fehlerhafte Funktion des Gehirns und des Immunsystems hervorrufen.

Es konnte nachgewiesen werden, dass das Risiko einer Alzheimer-Demenz oder Depression sinkt, aber auch Prozesse des Immunsystems (sog. Zytokinstorms – eine Überreaktion des Immunsystems, die bei einigen Viruserkrankungen vorkommen) positiv beeinflusst werden.

Low-Dosis-Lithiumtherapie wird vor allem angewandt zur:

- Behandlung depressiver Verstimmungen
- Behandlung ADHS/ADS und anderer Konzentrationstörungen
- Vorbeugung der Alzheimer-Demenz
- Stärkung des Immunsystems z.B. im Rahmen der Post- Covid- oder Post- Vac - Symptomatik

Lithium

- setzt an unserem Serotonin – und Dopaminsystem im Gehirn an
- reguliert das Immunsystem

Vor jeder Behandlung erfolgt ein ausführliches Gespräch über Vorerkrankungen, bereits stattgefundenen Diagnostik und die aktuelle Therapie. Dies bildet die Grundlage für das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen.

Risiken der Behandlung:

Bei der Low-dose- Lithiumtherapie sind keine Nebenwirkungen zu erwarten. Wenn Lithium nicht nur zur Prophylaxe, sondern als Therapie in geringfügig höheren Dosen angewendet wird, kann es unter bestimmten Bedingungen zu einem Anstieg von Lithium im Körper kommen. Das ist vor allem dann der Fall, wenn gleichzeitig starkes körperliches Training mit zu geringer Flüssigkeitsaufnahme erfolgt. Eine weitere Ursache kann die Einnahme bestimmter Medikamente, wie z.B. Schmerzmedikamente,

Blutdruckmittel oder ein erhöhter Alkoholkonsum sein. Hier wären folgende Symptome ein Warnzeichen:

- Beschwerden des Magen-Darm-Traktes (Übelkeit, Brechreiz, Durchfall)
- Schwindel
- Krämpfe

Als Gegenanzeigen zu nennen sind:

- akutes Koronarsyndrom
- schwere Niereninsuffizienz
- unbehandelte Hypothyreose
- dekompensierte Hypertonie
- Epilepsie
- Parkinson-Krankheit
- Leukämie

Wie gehen wir vor?

1. Anamnese und Diagnostik:

In einer ausführlichen Anamnese werden zunächst alle Ihre Beschwerden, Erkrankungen, bisherigen Therapien und die aktuelle Medikamenten-Therapie besprochen.

2. Therapie:

Anschließend erhalten Sie von uns ein Privatrezept mit dem für Sie passenden Lithium-Präparat, welches in einer speziell qualifizierten Apotheke hergestellt werden kann.

Außerdem erhalten Sie von uns Informationen zur individuellen Dosierung und zum weiteren Vorgehen.

Regelmäßige Kontrollen (1x jährlich) des Lithiumwertes, des Blutbildes und der Schilddrüsenhormone, die durch die Lithiumgabe beeinflusst werden können, gewährleisten die Therapiesicherheit.

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich gem. obigem Text durch Dr. Harnisch über die Behandlung mittels Lithium aufgeklärt worden zu sein. Meine Fragen sind vollständig geklärt. Ich wünsche die Behandlung mittels Lithium-Therapie. Ich habe eine Kopie dieser Patientenaufklärung erhalten. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort Dr. Harnisch verständigen bzw. mich wieder vorstellen.

Unterschrift Arzt:

Unterschrift Patient:

Aufnahmebogen Lithium-Therapie

Um die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand individuell anzupassen, erbitten wir folgende Angaben, die natürlich unter die **ärztliche Schweigepflicht** fallen.

Name/Vorname:
geb.:

Telefon Handy

Email Beruf

Krankenversicherung Beihilfe ja / nein

Hausarzt

Warum sind Sie hier? – **Hauptbeschwerden**

.....

.....

Erkrankungen/Operationen/Organschwächen (bitte ankreuzen):

Herz/Kreislauf/Darm/Lunge/Niere/Blase/Unterleib/Leber/Galle/Rheuma/Diabetes/Haut/Nerven/
Migräne/Schwindel/Rücken/Gelenke/häufige Infekte/ Infektionserkrankungen / Allergien /

Ist bei Ihnen ein Bluthochdruck oder eine KHK bekannt? ja / nein

Sind bei Ihnen neurologische Erkrankungen festgestellt worden? ja / nein

Ist bei Ihnen ein Nierenerkrankung bekannt? ja / nein

Leiden Sie an einer Störung der Nebenniere? ja / nein

Leiden Sie an Erkrankungen des Blutbildes? ja / nein

Gibt es aktuelle Blutwerte ja / nein

(insbesondere Blutbild, Leber-, Nieren- und Schilddrüsenwerte)?

Fühlen Sie sich depressiv, müde, erschöpft, weniger Energie? ja / nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/ Vitamine/ Nahrungsergänzungsmittel? ja / nein

Wenn ja welche?

.....

.....

.....

.....

.....

Haben Sie Unverträglichkeiten oder Allergien? ja / nein

Mir ist bekannt, dass die Kosten für die Low-dose-Lithiumtherapie üblicherweise nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Mit einer privaten Rechnungsstellung erkläre ich mich einverstanden. Die Abrechnung erfolgt gemäß (analog) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte).

Die Gesamtkosten pro Sitzung liegen in Ihrem Behandlungsfall voraussichtlich bei:

Sprechzimmerkontakt: 103,86 €

Folgekontakt telefonisch oder per Email: 20,10 € - 29,72 € (je nach zeitlichem Aufwand)

Ausstellen von Folgerezepten und Versand an die Apotheke: 10,72 € + Portokosten

Diese Kosten enthalten nicht die Laborkosten. Diese werden durch das jeweilige Labor extra berechnet.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich habe eine Kopie dieses Aufnahmebogens erhalten.

Unterschrift Patient:

Praxis Dres. Harnisch, In der Au 20, 96472 Rödental

In der Au 20
96472 Rödental

Name/Vorname:

Tel.: 09563-1318

geb.:

Fax: 09563-30327

Mail: info@praxis-dres-harnisch.de

Website:

www.praxis-dres-harnisch.de

Datum:

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO

Wir erlauben uns Rezepte, Arztbriefe und angeforderte Befunde mit der Deutschen Post, per Fax oder per Email zu versenden oder im Praxis - Vorbau zur Abholung zu deponieren. Sofern die Chipkarte im Quartal noch eingelesen werden muss, bitten wir diese vorher in den Briefkasten zu werfen. Sie wird mit den angeforderten Unterlagen danach im Vorbau deponiert. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns dazu das Einverständnis.

Als weitere Serviceleistung bieten wir Ihnen an, dass wir Sie an Impfungen, notwendige Laborkontrollen, Untersuchungen und Medikamentenverordnungen u. ä. erinnern. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns dazu das Einverständnis.

Email-Adresse

Telefonnummer

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass im Rahmen der medizinischen Behandlung Ihre Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen.

Außerdem erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden, dass Ihre Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor bzw. Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Sie haben jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten.

Sie haben das Recht, jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung Ihrer personenbezogenen Daten bei ihrem Arzt und dessen Kooperationspartnern zu verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

An folgende Angehörige/Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name/Adresse/Telefon:

1 _____

2 _____

3 _____

Ihnen ist bekannt, dass die Daten auf Grund der neuen DSGVO erhoben werden, nur praxisintern genutzt werden und Sie diese Einverständniserklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden kann.

Datum:

Unterschrift Patient