|  |  |
| --- | --- |
|  | Datum: {aufnahme} |

**Einverständniserklärung zur Behandlung von**

**{anrede\_dat} {nachname}, {vorname}, geb. {geburtstag}**

Mit meiner Unterschrift erklären wir uns einverstanden, dass bei

{anrede\_dat} {nachname}, {vorname}, geb. {geburtstag}

eine basisprophylaktische Behandlung mittels trizyklischen Antidepressiva (z.B. Trimipramin, Imipramin) oder Opipramol durchgeführt werden darf. Zudem darf eine prophylaktische Migränetherapie mit Nahrungsergänzungsmitteln (z.B. Vit. B2 und Magnesium) im hohen Dosisbereich erfolgen.

Zur Behandlung bei Kopfschmerzverstärkung kann Naproxen oder Diclofenac-Tropfen zur Anwendung kommen. Weiterhin stimmen wir einer Behandlung akuter Kopfschmerzattacken mit Triptanen (z.B. Sumatriptan, Eletriptan) zu.

Des Weiteren dürfen regelmäßige Labor- als auch EKG-Kontrollen erfolgen.

Des Weiteren sind wir mit der Teilnahme an den verhaltensmedizinischen Interventionen einverstanden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| {arzt} (Stationsarzt) |  | Erziehungsberechtigte |