

Patientinnen Information und Einverständniserklärung

zur Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs mit Mifegyne

Frau _____

Mifegyne Pack.-Nr.: _____

Straße, Nummer: _____

Wohnort: _____

Ich bestätige, von meiner(m) behandelnden Ärztin/Arzt über den bevorstehenden medikamentösen Schwangerschaftsabbruch ausführlich und dabei insbesondere über folgende Punkte informiert worden zu sein: _____

1. Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch

Mifegyne® enthält das Antiprogesteron Mifepriston, das die Effekte von Progesteron blockiert. Progesteron ist ein Hormon, das für den Erhalt einer Schwangerschaft benötigt wird. Mifegyne® wird daher eingesetzt, um den **Abbruch der Schwangerschaft** zu verursachen. Außerdem dient es dazu, den Gebärmutterhals (Eingang zur Gebärmutter; Cervix) zu erweichen und zu öffnen.

- Mir ist bewusst, dass nach der Einnahme von Mifegyne® unmittelbar der Prozess des Schwangerschaftsabbruchs beginnt und sich dieser **nicht mehr umkehren lässt**.
- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass in seltenen Fällen (ungefähr 15%) die Behandlung nicht oder nur unvollständig wirken kann. Dann kann es unter Umständen notwendig sein, den Schwangerschaftsabbruch durch eine sogenannte Nachkürettage (**chirurgischer Eingriff**) **oder eine alternative** zweite Prostaglandingabe abzuschließen.
- Ich wurde über die mögliche **Alternativmethode**, nämlich die operative Beendigung mittels Vakuumaspiration oder Kürettage aufgeklärt und es wurden die Vor- und Nachteile der beiden Methoden mit mir ausführlich besprochen.
- Sollte der Fall eintreten, dass trotz Einnahme der Medikamente die Schwangerschaft fortbesteht und ich mich dann entschieße, die Schwangerschaft auszutragen, ist mir bewusst, dass **gesundheitliche Risiken für den Fötus nicht auszuschließen** sind und die Schwangerschaft eng überwacht werden muss.

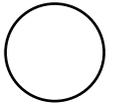
2. Behandlungsablauf

Medikamentöser Abbruch einer frühen intrauterinen Schwangerschaft bis zum 63. Tag
Einnahme von 600mg Mifepriston (Mifegyne®), **nach 36-48 Stunden Einnahme von 400 µg Topogyne®**. In den meisten Fällen beginnen die Blutungen wenige Stunden nach der Misoprostoleinnahme.

- Mir ist bewusst, dass zwei unterschiedliche **Medikamente, Mifegyne® und Topogyne®**, zur Anwendung kommen. Ich habe verstanden, zu welchem Zeitpunkt und auf welche Art und Weise ich die Medikamente jeweils einnehme bzw. anwenden muss.

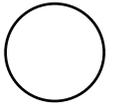
3. Mögliche Nebenwirkungen

Obwohl Mifegyne in der Regel gut vertragen wird, kann es in seltenen Fällen zu Nebenwirkungen kommen. Die häufigsten Nebenwirkungen sind **Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Uteruskontraktionen, Krämpfe**, Infektion infolge des Schwangerschaftsabbruchs sowie starke Blutungen in etwa 5% der Fälle. Für anhaltende Beschwerden ist Rezept zur Behandlung der Nebenwirkungen angeheftet. Bitte lesen Sie für vollständige Angaben die Packungsbeilage.



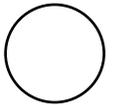
Rufen Sie bei langanhaltenden Beschwerden oder starken Blutungen die Rettung unter der Tel.: 144 bzw. besuchen Sie die nächstgelegene Spitalsambulanz.

- Mir ist bewusst, dass es nach der Einnahme bzw. Anwendung der Medikamente zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen kann. Ich bin darüber aufgeklärt worden, welche Nebenwirkungen dies sein können und was ich dagegen tun kann. Bzw. in welchen Situationen ich umgehend eine(n) Ärztin/Arzt aufsuchen sollte.



Weiters bestätige ich, dass mir keine Überempfindlichkeiten gegen den Wirkstoff oder sonstige Bestandteile des Medikaments bekannt sind, sowie, dass ich keine der nachstehenden Erkrankungen habe:

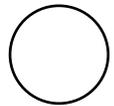
- Chronisches Nebennierenversagen
- Schweres, nicht therapeutisch kontrolliertes Asthma
- Angeborene Porphyrrie
- Leber-/Nierenversagen



Ich bestätige hiermit, sofern ich Rhesus negativ bin, dass ich keine Spritze haben möchte.

Wien
Ort, Datum

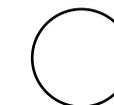
Unterschrift Patientin



Ich bestätige hiermit, dass ich **ca. 2 Wochen nach der Behandlung zu einem Kontrolltermin** in der Praxis erscheine.

Wien
Ort, Datum

Unterschrift Patientin



Ich bestätige hiermit, dass der Arzt/die Ärztin **Dr. Peter Frühmann** ein Aufklärungsgespräch mit mir geführt hat. Weiters bestätige ich, dass ich die vorliegende Patientinnen Information und die Einwilligungserklärung gelesen und verstanden habe und ich keine weiteren Fragen habe.

Ich stimme daher dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch ausdrücklich zu.

Wien
Ort, Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Arzt/Ärztin

(Praxis-)Stempel

