

# Vereinbarung

über die

## Anwendung des Wirkstoffs Naltrexon als Low-Dose Therapie im sog. Off-Label-Gebrauch

zwischen

..... (Name)

..... (Anschrift)

..... (PLZ Ort)

- nachfolgend Arzt/Ärztin (Fachgebiet:.....) -

und

..... (Name)

..... (Anschrift)

..... (PLZ Ort)

- nachfolgend Patient/Patientin -

(01) Die Anwendung des Wirkstoffs erfolgt unter der Diagnose .....  
Die Dosierung beträgt max. 4,5 mg/Tag.

(02) Die Patientin/Der Patient wurde darüber aufgeklärt, dass die Anwendung außerhalb der Bestimmungen der Arzneimittel-Richtlinie, Anlage VI erfolgt.

(03) Die Verordnung des Wirkstoffs erfolgt entsprechend Punkt (01) als Low-Dose Therapie auf "grünem" Rezept. Die Patientin/der Patient trägt alle Kosten, die aus der Anwendung des Wirkstoffs entstehen.

(04) Die Patientin/der Patient wendet den Wirkstoff auf eigenen Wunsch und auf eigenes Risiko an.

(05) Für Nebenwirkungen, die sich aus der Anwendung des Wirkstoffs ergeben können, kann die Patientin/der Patient gegenüber dem Arzt/der Ärztin keine Haftungsansprüche geltend machen.

....., den .....

....., den .....

.....  
Name Arzt/Ärztin

.....  
Name Patient/Patientin