

Klinik/Praxis-Stempel

Abbruch

Aktuelles Datum: . .

Patientencode:

Geburtsdatum: .

Name des beendeten Medikamentes (Wirkstoff):

Datum der letzten Anwendung: . .

Begründung für den Therapieabbruch:

- Ineffektivität nein ja
- Wunsch des Patienten nein ja
- Nebenwirkungen/Unverträglichkeit nein ja Falls „ja“, bitte auch UE-Bogen ausfüllen!
- Remission der Erkrankung nein ja
- Andere Gründe nein ja, folgende: (bitte beschreiben)

Nachfolgende Therapieentscheidung:

Medikamentöse Therapie: _____

Andere Therapie: _____

Kommentare des Therapeuten:

Auch nach Abbruch sollte eine 6-monatliche Dokumentation im Register zur Erfassung von Langzeitrissen erfolgen.

Die erneute Vorstellung wurde vereinbart nein ja

.

Datum

Name des Arztes

Unterschrift des Arztes