

# Unbedenklichkeitsbescheinigung

## Zur Durchführung von

- psychosomatische Rehabilitation mit Aktivierungsbehandlungen und Psychotherapie
- Graded Exercise Therapy (stufenweise gesteigertes Trainingsprogramm)
- Kognitive Verhaltenstherapie mit dem Ziel, sogenannte falsche Krankheitsüberzeugungen abzulegen
- Krankengymnastik
- Physiotherapie
- Massage
- nicht von medizinischem Fachpersonal überwachte Aktivierung in eigenständiger Selbsthilfe
- medikamentöse Therapie mit Antidepressiva oder anderen psychotropen Substanzen
- \_\_\_\_\_

## Hiermit bestätige ich,

*Name des Arztes/Vertreter der Institution*

*Anschrift*

## dass gegen die für Frau/Herrn

*Name und Anschrift des Patienten*

## geplante/verordnete Behandlung

*genaue Bezeichnung der geplanten Behandlung*

**ärztlicherseits keine medizinischen oder gesundheitlichen Bedenken bestehen.**

**Mir ist bekannt, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_ an Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrom (G 93.3) erkrankt ist. Ich bestätige, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_ mir eine Liste mit Studien überreicht hat, die bei dieser Krankheit eine Zustandsverschlechterung nach Belastung durch Aktivierung und Aktivierungstherapien sowie eine Reihe biomedizinischer Anomalien nachweisen.**

**Ich schätze jedoch das Risiko meiner/meines Patientin/Patienten, durch meine verordnete Behandlung kurzfristigen oder sogar dauerhaften Schaden zu nehmen als**

**derart gering ein, dass ich mich bereit erkläre, die volle Haftung für durch die Behandlung entstehende etwaige Gesundheitsschäden zu übernehmen.**

**Darüber hinaus garantiere ich die Wirksamkeit der verordneten/empfohlenen Behandlung. Ich habe mich ausführlich über mögliche Komplikationen informiert. Folgende mögliche Komplikationen sind mir aus der Fachliteratur bekannt:**

---

---

---

---

---

*Ort*

*Datum*

*Unterschrift des Arztes/  
des Vertreters der Institution*