Erklärung der Patientin/des Patienten zur medikamentösen Adipositastherapie

Pat.-Nachname: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

Ich bin von dem Arzt/der Ärztin _____ zur medikamentösen Therapie der Adipositas mit GLP-1/GIP-Rezeptoragonisten ausführlich aufgeklärt worden.

- Ich habe verstanden, dass diese zusätzliche medikamentöse Therapie ohne eine Anpassung meines Lebensstils mit angepasster Kostform und verstärkter körperlicher Aktivität nicht dauerhaft wirksam ist.
- Ich weiß, dass es bei dieser Therapieform sowohl Vor- als auch Nachteile geben kann.
- Ich weiß, dass die Therapie nach aktueller Datenlage nur dann medizinisch wirksam ist, wenn sie langfristig (über viele Jahre) fortgeführt wird.
- Mir ist bewusst, dass diese Medikamentengruppe aktuell nur als Selbstzahlerleistung verordnet werden kann. Es kommen laufende Kosten auf mich zu.
- Für Frauen im gebärfähigen Alter: ich muss unter Therapie eine Schwangerschaft sicher verhindern.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Copyright: BDEM, AG Adipositas. Version 1.0, 19.9.2026