

**Patientinnen Information und Einverständniserklärung zur Durchführung eines  
medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs mit Mifegyne® / Cyprostol®**

**Datum:**

**Name:**

**Straße, Nummer:**

**Wohnort:**

Ich bestätige, von meiner(m) behandelnden Ärztin/Arzt über den bevorstehenden medikamentösen Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne® und Cyprostol® ausführlich (insb. über folgende Punkte) informiert worden zu sein. Ich habe keine weiteren Fragen.

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.

**Cyprostol®** (Off-Label-Use): regt die Muskulatur der Gebärmutter an und lässt den Muttermund weich werden. Daher wird es oft zusammen mit Mifegyne für Schwangerschaftsabbrüche eingesetzt.

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.

**Behandlungsablauf:** Der medikamentöse Abbruch einer intrauterinen Schwangerschaft bis zur 9+0 SSW wird durch Einnahme von 600mg Mifegyne® hierorts und nach 48 Stunden durch Gabe von 4 Tabletten Cyprostol® (2 im Mund zergehen lassen, 2 in die Scheide tief einführen) Ich habe verstanden, zu welchem Zeitpunkt und auf welche Art und Weise die beiden (verschiedenen) Medikamente ange wendet werden.

**Wien**  
**(Praxis-)Stempel**

**Patientinnen Unterschrift**

Obwohl Mifegyne® und Cyprostol® 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 oder 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, beziehungsweise 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 Nierenversagen
- ☐ Schweres, nicht therapeutisch kontrolliertes Asthma
- ☐ Angeborene Porphyrie
- ☐ Leber-/Nierenversagen

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

**Ort, Datum Unterschrift Patientin**

Ich bestätige hiermit, dass der Arzt Dr. Franz Wierrani 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.

**Ort, Datum Unterschrift Patientin**

Unterschrift Arzt