

CHECKPOINT ZÜRICH

Informierte Einwilligungserklärung/informed consent zur Hormontherapie mit Androgenen/Testosteron bei trans-Personen

Rufname:
Vorname Name (amtlich):
Geburtsdatum:
Pronomen:



Du hast dich für eine körperverändernde Hormontherapie entschieden. Männliche Geschlechtshormone (Androgene) können bei korrekter Anwendung deine Lebensqualität und dein psychisches Wohlbefinden verbessern. Gleichzeitig gibt es Risiken und Nebenwirkungen, die beachtet werden müssen.

Ziel dieser Einwilligungserklärung ist es, die möglichen Risiken aufzuzeigen, die im Zusammenhang mit der Anwendung der Hormontherapie auftreten können.

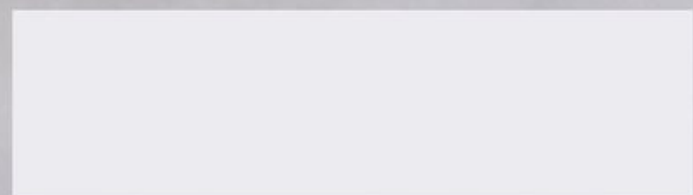
A) Bekannte mögliche schädlichen Auswirkungen einer Therapie mit Androgenen sind:

- ★ Erhöhtes Cholesterin und/oder andere Fette im Blut, welche das Risiko für einen
 - Herzinfarkt oder
 - Schlaganfallerhöhen können.
- ★ Erhöhte Anzahl von roten Blutkörperchen (erhöhtes Hämoglobin). Dies kann Kopfschmerzen, Schwindel, Verwirrung, Sehstörungen oder in Extremfall einen Schlaganfall verursachen.
- ★ Akne
- ★ Es besteht ein erhöhtes Risiko für:
 - Herzerkrankungen und Schlaganfall
 - Bluthochdruck
 - Leberfunktionsstörung
 - Erhöhter oder verminderter Sexualtrieb und Sexualfunktionen
 - Psychiatrische Symptome wie Depressionen und Selbstmordgefühle; Angstzustände; Psychosen (Desorganisation und Verlust von Kontakt mit der Realität) und die Verschlimmerung bereits bestehender psychiatrischer Erkrankungen.

B) Einige Nebenwirkungen von Hormonen sind irreversibel und können zum Tod führen.

C) Die Risiken für einige der oben genannten unerwünschten Ereignisse können erhöht werden durch:

- ★ Vorbestehende körperliche Krankheiten
- ★ Vorbestehende psychiatrische Erkrankungen
- ★ Zigarettenrauchen
- ★ Alkoholkonsum




D) Irreversible Körperveränderungen (potenzielle Zunahme mit der Zeitdauer der Hormonbehandlung), die sich aus der Hormontherapie ergeben, können folgendes beinhalten, sind aber nicht beschränkt auf:

- ★ Vertiefung der Stimme
- ★ Entwicklung von Gesichts- und Körperbehaarung
- ★ Fettumverteilung
- ★ Genitale Veränderungen (z.B. Vergrößerung der Klitoris und Schamlippen, vaginale Trockenheit)
- ★ Unfruchtbarkeit
- ★ (teilweiser) Verlust der Kopfbehaarung

E) Mit meiner Unterschrift unten bestätige ich die folgenden Punkte:

- Mein Arzt hat mit mir über Art und Zweck der Hormontherapie gesprochen, die möglichen oder wahrscheinlichen Folgen einer Hormontherapie, über den Nutzen und die damit verbundenen Risiken, einschließlich des Risikos, dass die Hormontherapie das gewünschte Ziel nicht erreicht.
- Ich habe die obigen Informationen zur Hormontherapie gelesen und verstanden und akzeptiere die Risiken.
- Ich habe eine Anleitung und Unterstützung in der Hormontherapie erhalten.
- Ich wurde über Anlaufstellen, Beratungs- und Vernetzungsmöglichkeiten für Trans Personen informiert.
- Ich hatte genügend Gelegenheit, meine aktuelle Situation und meine zukünftige Behandlung zu besprechen, meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- Ich verfüge über ausreichende Kenntnisse, um eine informierte Zustimmung zur Hormontherapie zu geben.
- Ich gebe meine Einwilligung nach dieser Aufklärung zur Durchführung einer Hormontherapie und trage selbst die Verantwortung dafür.

Unterschrift+Stempel Ärzt*in:

