

Clinica/ Studio medico / Klinik / Praxis:



Dati del paziente / Patientendaten:

italienisch

L'intervento è previsto per (data): Der Eingriff ist vorgesehen am (Datum):

- Tattamento della ferita con bendaggi sotto pressione**
Wundbehandlung mit Unterdruck-Verbänden
- Suturazione ferita per mezzo di sutura secondaria**
Wundverschluss mittels Sekundärnaht
- Suturazione ferita per mezzo di trapianto di lembo cutaneo**
Wundverschluss mittels Spalthauttransplantation

Gentile paziente, cari genitori,

Lei presenta disturbi della cicatrizzazione di una ferita oppure necessita di trattamento di una ferita aperta, ed il Suo medico Le consiglia ora la suturazione della ferita oppure la preparazione della ferita con uno speciale bendaggio sotto pressione per una successiva suturazione.

Queste informazioni Le sono utili in preparazione al colloquio illustrativo con il medico. Nel colloquio il Suo medico Le illustrerà vantaggi e svantaggi dell'intervento pianificato nei confronti di metodi alternativi e i relativi rischi. Risponderà alle Sue domande, per eliminare paure e preoccupazioni. Infine Lei potrà dare la Sua autorizzazione al trattamento proposto. Dopo il colloquio riceverà una copia del formulario compilato e firmato.

CICATRIZZAZIONE SECONDARIA

Se una ferita (chirurgica) si infiamma e deve essere riaperta, spesso non è possibile chiuderla subito di nuovo, perchè ciò non lascerebbe guarire l'infiammazione. A volte le ferite non possono essere chiuse a causa di un'infezione e devono essere lasciate aperte. La ferita deve essere lavata e tenuta aperta; si parla in tal caso di una cicatrizzazione secondaria (diversa da una sutura primaria della ferita).

Ci sono varie possibilità di favorire la guarigione dall'infezione, il metodo classico è un lavaggio regolare della ferita. Oppure si usano bendaggi antinfiammatori. In casi di ferite particolari infette in maniera forte si applica un sistema di bendaggio speciale sotto pressione (sottovuoto) che da una parte pulisce la ferita e dall'altra stimola il tessuto connettivo ad una più rapida guarigione.

POSSIBILITÀ DI TRATTAMENTO

Le misure hanno luogo a seconda del tipo di ferita o in anestesia locale o in anestesia regionale o sotto narcosi, che verrà illustrata separatamente.

Bendaggio sotto pressione negativa (sottovuoto, NPWT)

Unterdruck-Verband (Vakuumverband, NPWT)

L'applicazione e il ricambio del bendaggio a pressione negativa può svolgersi nelle ferite piccole senza anestesia, nelle ferite maggiori e fortemente infette si consiglia una narcosi. All'inizio si effettua una pulizia accurata della ferita con eliminazione di tessuto necrotico. Poi una spugna speciale viene ritagliata nella misura esatta della ferita e applicata. La ferita viene chiusa con un foglio ermetico e fornita di un tubicino collegato ad una pompa. Con l'applicazione del sottovuoto la

spugna e la ferita si attaccano e viene quindi ora, a seconda della condizione della ferita, pompato il liquido di secrezione della ferita in modo continuo oppure con forza variabile, e si esercita un risucchio sul tessuto cutaneo. In tal modo si stimola la circolazione sanguigna e la crescita dei bordi della ferita e anche le difese immunitarie locali corporee vengono favorite. Con l'aspirazione del liquido di secrezione si toglie ai batteri causanti l'infezione il fondamento di nutrizione e viene così limitata la possibilità della loro proliferazione. In questo modo la guarigione della ferita avviene in modo definitivamente più rapido. Il sistema sottovuoto deve essere cambiato a seconda della situazione della ferita ogni 3-5 giorni.



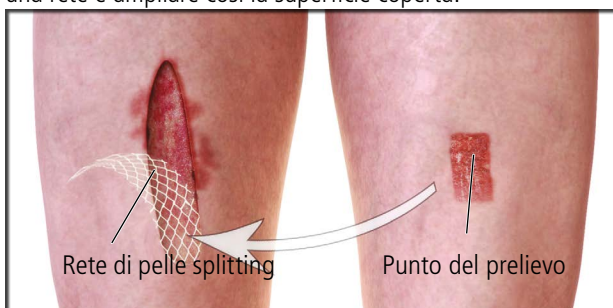
Quando la ferita è libera da infezione, si può eseguire una suturazione secondaria. In questo caso ci sono diversi procedimenti.

□ **Suturazione secondaria:** Sekundärnaht:

I bordi della ferita vengono recisi nuovamente, per offrire un bordo fresco alla ferita che viene poi ricucita con una sutura. In alcuni casi il tessuto sottostante deve prima essere separato dal fondo (per lo più dai muscoli), per unire insieme i bordi della ferita. Alla sutura si lascia spesso coscientemente una distanza maggiore dei bordi per facilitare la fuoriuscita del secreto dalla ferita in caso di nuova infezione. Se necessario può venire inserito a seconda della diagnosi anche un tubicino morbido di gomma o di plastica come drenaggio, per far fuoriuscire il secreto.

□ **Trapianto di pelle splitting:**

Se la Sua ferita è troppo grande per una suturazione secondaria, dopo una relativa preparazione del fondo della ferita può rendersi necessaria anche la copertura di tale ferita con un trapianto splitting di pelle. Per questo da una zona del Suo corpo con pelle sana, spesso dalla coscia, viene prelevato un pezzo di strati superficiali della cute. Tale zona cutanea viene poi inserita o direttamente nella ferita oppure tagliata prima con un macchinario speciale in modo che la si possa allargare come una rete e ampliare così la superficie coperta.



La zona cutanea viene ricucita e/o grazie ad un bendaggio a pressione o sottovuoto fissata alla superficie della ferita. Le zone interne alla rete crescono poi lentamente con la ricrescita della pelle. Con questo procedimento possono venire chiuse velocemente soprattutto ferite di grandi dimensioni. Il difetto della ferita al punto del prelievo cutaneo corrisponde ad una profonda ferita da escoriazione e guarisce lentamente dai bordi.

Il Suo medico Le illustrerà il procedimento più adatto al Suo caso e il trattamento pianificato.

PROCEDIMENTI ALTERNATIVI

Una ferita che cicatrizza in modo secondario si chiude autonomamente da sé nella maggior parte dei casi. Un bendaggio secondario accelera il processo e può influenzare positivamente il risultato estetico.

Alcune ferite non possono venire chiuse con il procedimento appena descritto e necessitano una copertura con lembi di tessuto liberi o a pedicoli oppure sovrapposti.

ULTERIORI MISURE DI AMPLIAMENTO

Durante l'intervento a seconda della diagnosi può rendersi necessario un'ampliamento o un'adeguamento delle misure di intervento. Se non esiste altra scelta, il medico procederà alle necessarie misure ulteriori. Se invece un ampliamento delle misure è già prevedibile, il Suo medico La informerà su questo.

POSSIBILITÀ DI SUCCESSO

Non sempre la chiusura della ferita conduce al successo sperato, cosicché si possono rendere necessari ulteriori interventi. Le aspettative del risultato estetico dipendono fortemente dal decorso individuale della cicatrizzazione della ferita. Il Suo medico parlerà con Lei dei risultati ottenibili nel Suo caso.

INFORMAZIONI PRE- E POST-INTERVENTO

Per favore segua scrupolosamente le indicazioni del medico e del personale. Se non Le è stato prescritto diversamente, segua attentamente le seguenti indicazioni di comportamento.

Preparazione:

Assunzione medicinali: È importante che Lei comunichi al Suo medico quali medicinali assume o inietta regolarmente (in particolare anticoagulanti come Aspirina®, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, Marcumar®) oppure irregolarmente negli otto giorni precedenti all'intervento. Il Suo medico La informerà su quali medicinali Lei dovrà interrompere e in quale lasso di tempo.

Trattamento post-intervento:

I **dolori** dopo l'intervento si alleviano molto bene con medicinali. Se necessario Lei riceverà anche ulteriori antidolorifici.

Dopo l'intervento si deve **rinunciare per almeno 4 ore a cibo e bevande**. Poi può essere iniziata l'assunzione graduale seguendo le indicazioni del medico.

I **drenaggi** vengono tolti a seconda del decorso della cicatrizzazione.

I **materiali di sutura** vengono tolti di solito dopo 10 -14 giorni.

Per piacere informi subito il Suo medico se sopraggiungono **dolori sempre più forti, arrossamento della ferita, gonfiore, sanguinamenti o febbre**.

In caso di **intervento ambulatoriale**, se Le è stato somministrato un antidolorifico o un anestetico, deve essere preso da una persona adulta. Provveda ad avere anche in casa una persona che La sorvegli nel lasso di tempo consigliato dal Suo medico. Poiché la Sua capacità di reazione può essere limitata Lei non può, a meno che non Le venga prescritto diversamente, prendere parte attiva al traffico stradale **nelle 24 ore dopo l'intervento** (neanche come pedone) né esercitare altre attività pericolose.

RISCHI, POSSIBILI COMPLICAZIONI ED EFFETTI COLLATERALI

È noto in generale che **qualsiasi intervento medico**, anche interventi relativamente piccoli come una suturazione secondaria, **comporta certi rischi**. Se sopraggiungono complicazioni, esse possono rendere necessari ulteriori trattamenti o operazioni e in casi estremi comportare nello sviluppo ulteriore rischi per la vita o danni permanenti. La preghiamo di comprendere che è nostro dovere informarla per motivi di legge di tutti i rischi specifici, anche se essi possono subentrare solo in parte e solo in casi eccezionali. Il Suo medico Le illustrerà più accuratamente nel colloquio i Suoi rischi individuali. Lei può però anche rinunciare ad una spiegazione esauriente. Allora può saltare la lettura di questo paragrafo relativo ai rischi e confermare la Sua rinuncia per favore alla fine di questo formulario.

Generalmente ogni struttura limitrofa alla zona da operare (per es. muscoli, nervi, vasi sanguigni) è sottoposta a **rischio di lesioni**. **Lesioni dei nervi** possono condurre a sensazione di torpore o anche a dolori permanenti.

Infezioni o recidive delle infezioni nell'ambito della ferita da operare o al punto di iniezione dell'ago con accessi o morte dei tessuti (necrosi) sono rare. Nella maggior parte dei casi tali infezioni si risolvono bene con antibiotici, gli accessi devono venire eventualmente aperti. Molto raramente può sopravvenire il trasporto di germi nel circolo sanguigno con pericolosa **infezione del sangue** (sepsi) o un'inflammazione del tessuto interno al cuore (endocardite).

Reazioni allergiche ad esempio a medicinali o latex, possono manifestarsi con arrossamento cutaneo, prurito, gonfiore, ma anche nausea e tosse. Reazioni gravi come insufficienza respiratoria, crampi, tachicardia o shock circolatorio **pericoloso per la**

vita sono rare, ma possono causare danni permanenti a organi quali il cervello, paresi, collasso renale con necessità di dialisi.

In ogni operazione sussiste **rischio di emorragie**. La maggior parte di tali emorragie possono venir bloccate immediatamente, in casi molto rari possono sopraggiungere sanguinamenti post-operatori che nella peggiore ipotesi rendono necessario un nuovo intervento. In casi eccezionali di elevate perdite di sangue può rivelarsi necessaria una somministrazione di sangue o di componenti del sangue esterne (**trasfusione**). Ciò può portare a infezioni con germi di malattie come ad esempio i virus dell'epatite (che causano pericolose infezioni al fegato), in casi assolutamente rari con HIV (provocante AIDS), con BSE (causa di una variante di Creutzfeldt-Jakob) o con altri agenti patogeni pericolosi, anche sconosciuti.

A causa del **bandaggio sottovuoto** può aumentare il rischio di **emorragie**, e in casi eccezionali anche di **danni ai nervi**.

Danni alla pelle, alle mucose, ai nervi (per esempio a causa dell'iniezione, dei mezzi di disinfezione, o dell'uso di strumenti operatori elettrici o nonostante corretta posizione) sono rari. Disturbi alle sensazioni, senso di torpore, paralisi o dolori ne possono essere le conseguenze, per lo più solo temporanee. Molto raramente permangono danni duraturi ai nervi, necrosi del tessuto o cicatrici.

Domande importanti per intervento ambulatoriale

Wichtige Fragen für ambulante Eingriffe

Chi può riaccompagnarLa a casa dopo la Sua dimissione dalla clinica/ambulatorio?

Wer wird Sie abholen, sobald Sie aus Klinik/Praxis entlassen werden?

Nome ed età dell'accompagnatore: [Name und Alter des Abholers]

A quale indirizzo Lei sarà raggiungibile nelle 24 ore successive all'intervento?

Wo sind Sie in den nächsten 24 Stunden nach dem Eingriff erreichbar?

Via, numero civico [Straße, Hausnummer] località [PLZ, Ort]

Numero telefonico [Telefonnummer]

Nome ed età della persona di sorveglianza [Name und Alter der Aufsichtsperson]

A causa dell'intervento e della successiva posizione di riposo forzato si possono formare dei **coaguli sanguigni (trombi)** che causano un'ostruzione venosa. I trombi possono anche essere trasportati e bloccare così i vasi sanguigni di altri organi (**embolia**). Può sopravvenire ad esempio un'embolia polmonare, un ictus o un collasso renale con necessità di dialisi e danni permanenti. Per diminuire il rischio di trombosi si utilizzano calze a compressione e si fa attenzione a muoversi presto e sufficientemente. Se vengono somministrati medicinali anticoagulanti, aumenta il rischio di emorragie e sanguinamenti post-operatori. Con la somministrazione di eparina possono sopravvenire disturbi gravi della coagulazione sanguigna (HIT) con la formazione di trombi e occlusione venosa.

In caso di guarigione ritardata della ferita o nei pazienti con tendenza a **disturbi della cicatrizzazione** della ferita, può verificarsi la formazione di cicatrici disturbanti esteticamente e di escrescenze (cheloidi). Poi potrebbe essere necessario un intervento correttivo.

Nel caso di un trapianto di pelle splitting c'è il rischio che la **pelle trapiantata non cresca o cresca solo in modo incompleto**, allora, se necessario, può avvenire un ripetuto trapianto di pelle.

Chi è il suo medico di riferimento/medico di famiglia/il medico curante?

Wer ist Ihr überweisender Arzt / Hausarzt / weiter betreuender Arzt?

Nome [Name]

Via, numero civico [Straße, Hausnummer]

località [PLZ, Ort]

Numero telefonico [Telefonnummer]

Domande relative alla Sua storia clinica (anamnesi) Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese)

La preghiamo di rispondere accuratamente alle domande seguenti prima del colloquio informativo. Sulla base delle Sue informazioni il medico sarà in grado di valutare meglio il danno relativo all'intervento nel Suo caso specifico, chiarirLe le possibili complicazioni e le misure necessarie da adottare, al fine di evitare, laddove possibile, complicazioni ed effetti collaterali. **si=ja no=nein**

Sesso: M / F, **età:** _____ **anni, peso:** _____ **kg, altezza:** _____ **cm, professione** _____
Geschlecht: m / w, Alter: Jahre, Gewicht: kg, Größe: cm, Beruf

Necessita regolarmente di un mezzo anticoagulante oppure ha assunto o si è iniettato/a tale farmaco nell'ultimo periodo (fino a 8 giorni fa)? si no

Aspirin® (ASS), Clopidogrel, Eliquis®, Eparina, Marcoumar®, Plavix®, Pradaxa®, Ticlopidin, Xarelto®.

Angaben zur Medikamenteneinnahme: Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt? Aspirin® (ASS), Clopidogrel, Eliquis®, Heparin, Marcoumar®, Plavix®, Pradaxa®, Ticlopidin, Xarelto®.

Altro: _____
Sonstiges:

Quando è stata l'ultima assunzione? _____
Wann war die letzte Einnahme?

Assume altri medicinali? si no

Nehmen Sie andere Medikamente ein?

Se sì, La preghiamo di elencarli: _____

Wenn ja, bitte auflisten:

(Anche farmaci senza ricetta, medicinali naturali o fitofarmaci, vitamine ecc.)
(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

Si trova in stato di gravidanza?

Bestehte eine Schwangerschaft?

non certamente nicht sicher **si** **no**

Lei fuma?

Se sì che cosa e in quale quantità giornaliera:

si **no**

Rauchen Sie? Wenn ja, was und wie viel täglich:

Ha mai avuto o riscontrato i sintomi delle seguenti patologie fino ad ora:

Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen vor:

Patologie ematiche/disturbi di coagulazione del sangue?

si **no**

Tendenza a pressione sanguigna elevata (ad esempio frequente sangue dal naso, perdite di sangue dal naso postoperative, in caso di piccole ferite o di trattamenti dentistici, mestruazioni abbondanti o prolungate), tendenza al travaso di sangue (frequenti macchie di colore blu anche senza cause particolari).

Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung? Erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung, verstärkte oder verlängerte Regelblutung), Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken auch ohne besonderen Anlass).

Tra i Suoi consanguinei sono presenti rimandi a patologie ematiche/disturbi di coagulazione del sangue?

si **no**

Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen?

Allergia/ipersensibilità?

si **no**

Farmaci, alimenti, mezzi di contrasto, iodio, cerotti, lattice (per es. guanti in gomma, palloncini), pollini (erbe, alberi), anestetici, metalli (per es. prurito da montatura metallica degli occhiali, da bigiotteria o da borchie a rivetto dei pantaloni).

Allergie/Überempfindlichkeit? Medikamente, Lebensmittel, Kontrastmittel, Jod, Pflaster, Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon), Pollen (Gräser, Bäume), Betäubungsmittel, Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten).

Altro: _____

Sonstiges: _____

Patologie cardiache/circolatorie/dei vasi sanguigni?

si **no**

Infarto cardiaco, angina pectoris (dolore alla cavità toracica, costrizione del petto), difetti cardiaci, disturbi del ritmo cardiaco, infiammazione del muscolo cardiaco, malattia delle valvole cardiache, difficoltà respiratoria nel salire su una scala, operazioni al cuore (event. con inserimento di una valvola cardiaca artificiale, pacemaker, defibrillatore), pressione sanguigna elevata, pressione sanguigna bassa, ictus, varici, infiammazioni alle vene, trombosi, embolia.

Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Erkrankungen? Herzinfarkt, Angina pectoris (Schmerzen im Brustkorb, Brustenge), Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelerkrankung, Herzklappenerkrankung, Luftnot beim Treppensteigen, Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator), hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck, Schlaganfall, Krampfadern, Venenentzündung, Thrombose, Embolie.

Altro: _____

Sonstiges: _____

Malattie metaboliche?

si **no**

Diabete (malattia degli zuccheri), Gotta, intolleranza al fruttosio.

Stoffwechsel-Erkrankungen? Diabetes (Zuckerkrankheit), Gicht, Fructoseunverträglichkeit.

Altro: _____

Sonstiges: _____

Malattie della tiroide?

si **no**

Ipofunzione, iperfunzione, nodosità, gozzo.

Schilddrüsenerkrankungen? Unterfunktion, Überfunktion, Knoten, Kropf.

Altro: _____

Sonstiges: _____

Malattie renali?

si **no**

Disturbi della funzionalità renale (insufficienz renale), infiammazione renale, Sangue nelle urine, Intervento ai reni, Plasmocitoma, Calcoli ai reni o all'urettere.

Nierenerkrankungen? Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz), Nierenentzündung, Blut im Urin, Nieren-OP, Plasmocytom, Nieren- oder Harnleitersteine.

Altro: _____

Sonstiges: _____

Malattie epatiche?

si **no**

Itterizia, cirrosi epatica, Epatite.

Lebererkrankungen? Gelbsucht, Leberzirrhose, Leberentzündung.

Altro: _____

Sonstiges: _____

Malattie da infezione?

si **no**

Epatite, tubercolosi, HIV.

Infektionskrankheiten? Hepatitis, Tuberkulose, HIV.

Altro: _____

Sonstiges: _____

Tendenza a disturbi alla guarigione delle ferite, ascessi, fistole, intensa formazione di cheloidi?

si **no**

Neigung zu Wundheilungsstörungen, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung (Keloide)?

Soffre di una patologia tumorale (cancro)?

si **no**

Leiden Sie an einer Tumorerkrankung (Krebs)?

Viene sottoposto/a a **chemioterapia** o lo è stato/a?

si **no**

Erhalten oder erhielten Sie eine **Chemotherapie**?

Malattie acute o croniche non elencate?

si **no**

Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?

Breve descrizione: _____

Bitte kurz beschreiben:

Documentazione medica per il colloquio informativo

Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch

Da compilare a cura del medico Wird vom Arzt ausgefüllt

Über folgende Themen (z. B. mögliche Komplikationen, die sich aus den spezifischen Risiken beim Patienten ergeben können, nähere Informationen zu den Alternativ-Methoden, mögliche Konsequenzen, wenn der Eingriff verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten im Gespräch näher aufgeklärt:

Trattamento della ferita con bendaggi sotto pressione

Wundbehandlung mit Unterdruck-Verbänden

Suturazione ferita per mezzo di sutura secondaria

Wundverschluss mittels Sekundärnaht

Suturazione ferita per mezzo di trapianto di lembo cutaneo

Wundverschluss mittels Spalthauttransplantation

Capacità ad autorizzazione autonoma:

Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:

Il/la paziente possiede la facoltà di **decisione autonoma** sulla procedura consigliata, e di dare la sua autorizzazione alla procedura. Der/Die Patient/in besitzt die Fähigkeit, eine **eigenständige Entscheidung** über die empfohlene Maßnahme zu treffen und seine/ihre Einwilligung in die Maßnahme zu erteilen.

La/il paziente viene rappresentato da un **assistente** con documento ufficiale che comprenda la cura della sua salute, oppure da una persona di fiducia con una delega di responsabilità. Costui è in grado di prendere una decisione in nome del paziente. Die Patientin/Der Patient wird von einem **Betreuer** mit einem die Gesundheitsorge umfassenden Betreuerausweis oder einer Vertrauensperson mit einer Vorsorgevollmacht vertreten. Dieser ist in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

Sono presenti documento dell'assistente delega generale

testamento biologico del paziente.

Betreuerausweis Vorsorgevollmacht Patientenverfügung liegt vor.

Luogo, data, ora [Ort, Datum, Uhrzeit]

Firma del medico [Unterschrift Ärztin/des Arztes]

Rifiuto Ablehnung

La dottoressa/Il dottore _____ mi ha esaurientemente illustrato sulla procedura imminente e sugli svantaggi conseguenti al mio rifiuto. Ho compreso la spiegazione inerente, e rifiuto la procedura propostami.

Der Arzt/Die Ärztin ___ hat mich umfassend über die geplante Maßnahme und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die diesbezügliche Aufklärung verstanden. Hiermit lehne ich die mir vorgeschlagene Maßnahme ab.

Luogo, data, ora [Ort, Datum, Uhrzeit]

Rifiuto del paziente/dell'assistente/evtl. del testimone
[Ablehnung der Patientin / des Patienten / Betreuer / ggf. des Zeugen]

SPIEGAZIONE E AUTORIZZAZIONE

Erklärung und Einwilligung

Per favore metta una crocetta sulla casella corrispondente e confermi alla fine con la Sua firma la Sua dichiarazione: Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an und bestätigen Sie Ihre Erklärung anschließend mit Ihrer Unterschrift:

Confermo con la presente di aver compreso tutte le parti relative alle spiegazioni per il paziente. Ho letto interamente questo formulario (di 5 pagine). Nel colloquio illustrativo con la dottoressa/il dottore _____, sono stato esaurientemente informato sul procedimento della pianificata procedura, su rischi, complicazioni ed effetti collaterali nel mio caso specifico e su vantaggi e svantaggi dei metodi alternativi. **Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe.** Diesen Aufklärungsbogen (5 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt ___ wurde ich über den Ablauf der geplanten Maßnahme, deren Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall und über die Vor- und Nachteile der Alternativmethoden umfassend informiert.

Rinuncio consapevolmente ad una spiegazione accurata. Confermo con la presente che sono stato informato dalla dottoressa/dal dottore _____ sulla necessità della procedure, sul procedimento e sull'entità di esso, come pure dei rischi comportati sulla procedura, e sulle alternative possibili. **Ich verzichte bewusst auf eine ausführliche Aufklärung.** Ich bestätige hiermit allerdings, dass ich von dem behandelnden Arzt ___ über die Erforderlichkeit der Maßnahme, deren Art und Umfang sowie über den Umstand, dass die Maßnahme Risiken birgt, sowie über mögliche Alternativen informiert wurde.

Io assicuro di non avere altre domande e di non avere bisogno di tempo di riflessione. Autorizzo la procedura proposta. Acconsento altresì a tutte le misure accessorie e conseguenti necessarie. Ho risposto completamente e nel modo migliore possibile alle domande sul decorso della mia malattia (anamnesi). **Ich versichere, dass ich keine weiteren Fragen habe und keine zusätzliche Bedenkzeit benötige. Ich stimme der vorgeschlagenen Maßnahme zu.** Ich willige ebenfalls in alle notwendigen Neben- und Folgemaßnahmen ein. Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

La mia autorizzazione si estende anche alle modifiche necessarie o ad ampliamenti del procedimento di cura. Meine Einwilligung bezieht sich auch auf die erforderlichen Änderungen oder Erweiterungen des Verfahrens.

Garantisco di trovarmi nella condizione per seguire le istruzioni comportamentali fornitemi dal medico. Ich versichere, dass ich in der Lage bin, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen.

In caso di contratto con prestazioni extra o private (cosiddetto trattamento con il medico primario) la mia autorizzazione comprende anche l'esecuzione di trattamenti contenuti nel contratto privato, con sostituti rappresentanti del medico prescelto. Im Falle einer Wahlleistungsvereinbarung (sog. Chefarztbehandlung) erstreckt sich die Einwilligung auch auf die Durchführung der Maßnahmen durch die in der Wahlleistungsvereinbarung benannten ständigen ärztlichen Vertreter des Wahlarztes.

La mia autorizzazione si estende anche alle modifiche necessarie o ad ampliamenti del procedimento di cura. Meine Einwilligung bezieht sich auch auf die erforderlichen Änderungen oder Erweiterungen des Verfahrens.

Garantisco di trovarmi nella condizione per seguire le istruzioni comportamentali fornitemi dal medico. Ich versichere, dass ich in der Lage bin, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen.

In caso di contratto con prestazioni extra o private (cosiddetto trattamento con il medico primario) la mia autorizzazione comprende anche l'esecuzione di trattamenti contenuti nel contratto privato, con sostituti rappresentanti del medico prescelto. Im Falle einer Wahlleistungsvereinbarung (sog. Chefarztbehandlung) erstreckt sich die Einwilligung auch auf die Durchführung der Maßnahmen durch die in der Wahlleistungsvereinbarung benannten ständigen ärztlichen Vertreter des Wahlarztes.

Autorizzo l'invio della mia copia di questa scheda di orientamento al seguente indirizzo email: Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

Indirizzo email [E-Mail-Adresse]

Luogo, data, orario [Ort, Datum, Uhrzeit]

Firma della paziente / del paziente / dell'assistente [Unterschrift der Patientin/in / Betreuer]

Copia/Kopie:

ricevuta/erhalten

rifiutata/verzichtet

Firma: Ricevere la copia/rinunciare alla copia
Kopieerhalt-/verzichtet