

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (CT) COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)

Informazioni ed anamnesi per pazienti adulti e giovani per la preparazione al colloquio di chiarificazione col medico

Clinica/ambulatorio: [Klinik / Praxis]



Dati del paziente: [Patientendaten:]

senza mezzo di contrasto ohne Kontrastmittel
 con mezzo di contrasto mit Kontrastmittel
 orale oral endovenoso intravenös
altri Sonstiges: _____

Data (Datum): _____
Regione del corpo da visitare zu untersuchende Körperregion: _____

Gentile Paziente,

Le è stata pianificata una visita specialistica con Tomografia computerizzata (CT).

Con le seguenti spiegazioni vogliamo informare Lei e i Suoi familiari sullo svolgimento dell'intervento, sui possibili inconvenienti, come pure sulle regole di comportamento prima e dopo l'intervento. Questo formulario Le serve come preparazione al colloquio informativo con il Suo medico. Nel colloquio Le verranno illustrati vantaggi e svantaggi dell'intervento pianificato riguardo a metodi alternativi, i Suoi rischi specifici e le possibili complicazioni. Per favore legga attentamente le seguenti informazioni e compili accuratamente il formulario. Naturalmente i Suoi dati verranno trattati con discrezione.

Il medico risponderà nel colloquio a tutte le Sue domande, per eliminare paure e dubbi. Alla fine Lei potrà dare l'autorizzazione alla tomografia computerizzata oppure rifiutarla. Il Suo medico Le consegnerà dopo il colloquio una copia del formulario compilato e firmato.

FUNZIONE DELLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA

La tomografia computerizzata è una moderna tecnica di immagini trasversali che è in grado di realizzare immagini di sezioni del corpo umano attraverso i raggi X. Queste immagini della tomografia computerizzata (CT) consentono al medico di stabilire esattamente la posizione e le dimensioni di un referto (ad esempio, del focolaio di un'infezione, di un tumore, di una frattura) e il suo riferimento ad altri organi, e permettono la pianificazione del trattamento

Durante la visita un tubo radiografico gira intorno al paziente sdraiato e trasmette raggi, che vengono misurati da un sensore sul lato opposto e trasformati poi dal computer in immagini a sezione.

La tomografia computerizzata è un procedimento indolore e dura di solito, a seconda della diagnosi, da pochi secondi a qualche minuto. Il calcolo, lo sviluppo, l'esame e la lettura delle immagini del CT necessitano di ulteriori 5 fino a 30 minuti.

SVOLGIMENTO DELLA VISITA

Per la visita Lei verrà sdraiato (di solito sulla schiena) nella sala della tomografia su una barella speciale che entra lentamente e automaticamente nell'apertura rotonda (Gantry) del CT (vedi illustrazione). L'apertura ha un diametro di circa 70 cm ed è dunque relativamente ampia. Nel caso però Lei dovesse provare un senso di costrizione, in ogni momento potrà comunicare tramite citofono con il medico o con l'assistente.

Durante la visita dovrà seguire attentamente le istruzioni del personale e restare sdraiato possibilmente immobile e rilassato.

Deve evitare qualsiasi movimento. La visita viene eseguita spesso in respirazione profonda e trattenendo il respiro (per circa 5- 20 secondi), per favore si attenga quanto più possibile alle istruzioni corrispondenti. Se soffre di senso di oppressione negli ambienti stretti come ad esempio in ascensore (claustrofobia), lo comunichi per favore prima della visita, affinché Le venga somministrato un calmante.



In determinate visite è necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto contenente iodio, che viene iniettato nel circolo venoso tramite una cannula che Le viene preventivamente posta sul dorso della mano o all'avambraccio. Come conseguenza sentirà eventualmente un leggero senso di calore, che si diffonde nel corpo e scompare dopo pochi secondi.

PROCEDIMENTI ALTERNATIVI

Metodi diagnostici alternativi possono essere un'ecografia, una semplice lastra radiografica, la tomografia a risonanza magnetica (MRI), una PET (tomografia a emissione di positroni) o una scintigrafia. Il Suo medico Le spiegherà volentieri le alternative e perché nel Suo caso consiglia come più adatta una tomografia computerizzata.

INFORMAZIONI PRE- E POST-INTERVENTO

Se ne è in possesso, porti per favore con sé radiografie precedenti, immagini di CT o referti.

Per favore segua le indicazioni del medico circa l'assunzione di medicinali e digiuno. Le indicazioni di comportamento possono variare a seconda del tipo di visita diagnostica.

Preparazione:

Assunzione medicinali: È importante che Lei comunichi al Suo medico quali medicinali assume o inietta regolarmente (in particolare anticoagulanti come Aspirina®, Plavix®, Eparina, Marcumar® ecc., antidiabetici contenenti metformina, i cosiddetti „Biguanidi“ per i diabetici) oppure irregolarmente negli otto giorni precedenti all'intervento. Di questi fanno parte anche tutti i medicinali senza ricetta e a base di piante. Il Suo medico La informerà su quali medicinali Lei dovrà interrompere e in quale lasso di tempo.

Molte visite diagnostiche non richiedono una preparazione speciale. Per le visite del tratto dello stomaco e dell'intestino dovrà bere prima della tomografia un mezzo di contrasto. Per le visite dell'intestino crasso e retto è necessario iniettare acqua o liquido di contrasto nell'intestino tramite un clistere. Per visite della vescica si inserisce il mezzo di contrasto tramite un catetere nella vescica.

Per la maggior parte delle visite non è necessario essere a digiuno, solo le visite diagnostiche di stomaco e intestino richiedono un digiuno di circa 2-4 ore. Principalmente si consiglia un'alimentazione leggera. Nelle visite dell'addome si deve rinunciare il giorno prima all'assunzione di cibi che formano aria (come ad esempio fagioli o crauti).

In caso di alcune patologie preesistenti si devono conoscere, prima dell'esecuzione della tomografia computerizzata con mezzo di contrasto, alcuni valori di laboratorio, ad esempio della funzione renale o tiroidea. Il Suo medico La informerà per tempo nel Suo caso.

I mezzi di contrasto contenenti iodio possono essere somministrati anche in gravidanza. Non è necessario interrompere l'allattamento.

Trattamento post-intervento:

Dopo una visita diagnostica con assunzione di mezzo di contrasto Lei deve bere molto, affinché il mezzo di contrasto possa essere eliminato rapidamente dai reni.

Se Lei ha ricevuto un calmante, in caso di intervento ambulatoriale deve essere preso da una persona adulta. Nel periodo di tempo consigliato dal Suo medico provveda alla presenza di un adulto in casa. Dato che la Sua capacità di reazione è limitata dall'assunzione di calmanti, in nessun caso può prendere parte attiva al traffico stradale nelle 24 ore dopo l'intervento (neanche come pedone) né esercitare altre attività pericolose. Inoltre in tale lasso di tempo non dovrà bere alcol né prendere decisioni personali o economiche importanti.

Per piacere informi subito il Suo medico o si rechi in clinica, se dopo la visita diagnostica con assunzione di mezzi di contrasto sopraggiungono disturbi quali irritazioni cutanee, insufficienza respiratoria, tachicardia, sudori freddi. Essi necessitano di una cura immediata e possono comparire anche giorni dopo la visita diagnostica.

RISCHI, POSSIBILI COMPLICAZIONI ED EFFETTI COLLATERALI

È noto in generale che **qualsiasi intervento medico comporta certi rischi**. La tomografia computerizzata è però un procedimento di routine povero di rischi. L'esposizione alle radiazioni a causa dei raggi usati dal CT è bassa nelle apparecchiature moderne, ma più elevata che nelle radiografie normali (convenzionali). Per questo motivo si esegue una visita tomografica solo se la sua utilità giustifica una tale esposizione ai raggi. È importante che Lei riferisca al medico delle visite radiografiche fatte in precedenza, per mantenere basso il livello generale di esposizione ai raggi in un certo lasso di tempo. Il Suo medico nel colloquio Le illustrerà i Suoi rischi individuali. Ma Lei può anche rifiutare una spiegazione accurata. Allora salti questa parte con i rischi e confermi per favore alla fine del formulario la spiegazione.

L'esposizione alle radiazioni viene mantenuta il più bassa possibile, così che sono improbabili danni da radiazioni anche dopo ripetute visite tomografiche. In particolare nei bambini e negli adolescenti però il rischio di una malattia tumorale (ad esempio leucemia) è possibilmente minimamente più alto. In caso di gravidanza possono subentrare danni al feto.

Reazioni allergiche (reazioni di intolleranze) ad esempio a mezzi di contrasto, anestetici o altri medicinali sono rare e possono manifestarsi con arrossamento cutaneo, prurito, gonfiore, ma anche nausea e tosse. Perlopiù scompaiono da sé senza necessità di cure. Reazioni gravi come insufficienza respiratoria, crampi, tachicardia o shock circolatorio **pericoloso per la vita** sono rare. A causa della scarsa circolazione, nonostante cure mediche intensive, possono sopravvenire danni temporanei o anche permanenti a organi quali il cervello, paresi, collasso renale. Il mezzo di contrasto che si assume per bocca può causare diarrea leggera o anche forte. Bisogna quindi prestare attenzione e assumere molti liquidi.

Rischi specifici dell'assunzione di mezzo di contrasto

In pazienti con patologie renali preesistenti il mezzo di contrasto radiografico può condurre ad un **peggioramento della funzione renale** che si cura però perlopiù bene con l'assunzione di molti liquidi o con medicinali. Nel caso di gravi danni può sopraggiungere un **collasso renale**, che rende necessaria una dialisi permanente.

Nei **diabetici** che assumono biguanidi come Metformina possono verificarsi **pericolose disfunzioni del metabolismo** (ipercloridria). In disturbi della funzione tiroidea il mezzo di contrasto contenente iodio può causare una **iperfunzione della tiroide**, la cosiddetta ipertirosi, che si manifesta con tachicardia, senso di calore, irrequietezza e diarrea.

Rischi specifici dell'iniezione di mezzi di contrasto

Lividi (ematomi) al punto dell'iniezione o nelle vicinanze compaiono occasionalmente. Si possono creare gonfiore duri e dolorosi, che scompaiono dopo qualche giorno o settimana senza trattamento medico.

Con l'iniezione del mezzo di contrasto può avvenire **la rottura di una vena**. Tale rottura può condurre ad un livido che necessita di trattamento medico. Nel caso in cui il mezzo di contrasto passi nel tessuto circostante, esso può provocare un **infiammazione** che per diversi giorni dovrà essere trattata a freddo.

Infezioni al punto di inserimento dell'ago dell'iniezione o della cannula, con ascessi, morte dei tessuti (necrosi) o infiammazione delle vene (flebite), sono rare. Si manifestano con gonfiore, arrossamento, dolori, calore della pelle e febbre. Nella maggior parte dei casi tali infezioni si risolvono bene con antibiotici. In casi estremi può sopravvenire il trasporto di agenti patogeni nel circo-

lo sanguigno e un pericoloso avvelenamento del sangue (sepsi), fino all'infiammazione del tessuto interno del cuore (endocardite).

Dopo l'iniezione di un mezzo di contrasto possono sopravvenire **infezioni alle vene, disturbi alla circolazione** o la formazione di coaguli sanguigni (**trombi**) nel vaso sanguigno in questione. I coaguli possono anche essere spostarsi e bloccare i vasi sanguigni di altri organi (**embolia**). Nonostante una cura essi possono causare danni permanenti (ad esempio embolia polmonare, ictus con paresi permanenti, collasso renale).

Danni alla pelle, alle mucose, ai nervi per esempio a causa dell'iniezione, lividi, ascessi o a causa dell'iniezione di mezzo di contrasto che scorra accanto alla vena (stravasamento) sono rari. Senso di torpore, paralisi o dolore ne possono essere le conseguenze, per lo più solo temporanee. Molto raramente permangono, nonostante una cura, danni duraturi ai nervi 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]

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,**
Geschlecht: m / w, **Alter:** _____ **Jahre, Gewicht:** _____ **kg, Größe:** _____ **cm**

Si è già sottoposto/a ad una TAC, per es. durante un precedente ricovero ospedaliero? si no

Haben Sie schon einmal eine Computertomographie, z. B. bei einem früheren Krankenhausaufenthalt, erhalten?

Contestualmente, indichi quale o quali delle Sue regioni corporee è/sono stata/e oggetto di esame.

Welche Region(en) Ihres Körpers wurden hierbei untersucht?

La preghiamo di portare con sé un eventuale passo radiografico!

Sollte ein Röntgenpass vorliegen, bitte mitbringen!

Soffre di claustrofobia? si no

Leiden Sie an Klaustrophobie („Platzangst“)?

Le è stata già praticata una con mezzo di contrasto? si no

Haben Sie schon einmal Kontrastmittel erhalten?

Sono insorte complicitanze? si no

Ergaben sich dabei Komplikationen?

Se sì, quali? _____

Wenn ja, welche?

Prendi farmaci per il diabete? si no

Nehmen Sie Diabetesmedikamente ein?

siringa d'insulina, compresse di metformina (per es. Glucophage®, Metformin®, Janumet®)

Spritzen (Insulin), metforminhalte Tabletten (z.B. Glucophage®, Metformin®, Janumet®)

Sonstiges: _____

Sonstiges:

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

Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt?

Se sì, quali? _____

Wenn ja, welche?

Assume altri medicinali? si no

Nehmen Sie andere Medikamente ein?

Se sì, La preghiamo di elencarli: _____

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

È portatore di impianti di metallo (per es. protesi d'anca)? si no

Haben Sie ein Metallimplantat (z. B. eine künstliche Hüfte)?

Se sì, dove? _____

Wenn ja, wo?

Si trova in stato di gravidanza? non certamente nicht sicher si no

Besteht eine Schwangerschaft?

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, Aneurisma cerebrale.

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, Gefäßausstülpung im Gehirn.

Altro: _____

Sonstiges:

Patologia delle vie respiratorie/polmonare? si no

Asma, bronchite cronica, infiammazione polmonare, enfisema polmonare, apnea da

sonno (russare forte), paralisi del diaframma/
corde vocali.

Erkrankung der Atemwege/Lungen? Asthma, chronische
Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenemphysem, Schlafap-
noe (starkes Schnarchen), Stimmband-Zwerchfelllähmung.

Altro: _____
Sonstiges:

Soffre di una patologia tumorale (cancro)? si no

Leiden Sie an einer Tumorerkrankung (Krebs)?

Se sì, quali? _____
Wenn ja, an welcher?

Viene sottoposto/a a chemioterapia o lo è stato/a? si no

Erhalten oder erhielten Sie eine Chemotherapie?

Malattie metaboliche? si no

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

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

Altro: _____
Sonstiges:

Malattie della tiroide? si no

Ipofunzione, iperfunzione, nodosità,
 gozzo, Infiammazione, Intervento alla tiroide,
 Tumore della tiroide.

Schilddrüsenerkrankungen? Unterfunktion, Überfunktion,
 Knoten, Kropf, Entzündung, Schilddrüsenoperation,
 Schilddrüsenkrebs.

Altro: _____
Sonstiges:

Malattie renali? si no

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

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

Altro: _____
Sonstiges:

Malattie epatiche? si no

Epatite.

Lebererkrankungen? Leberentzündung.

Altro: _____
Sonstiges:

Malattie dello stomaco/intestino? si no

Ulcera peptica, Malattia infiammatoria cronica
intestinale (morbo di Crohn, colite ulcerosa), Ulcera
duodenale, Sangue nelle feci.

Magen-Darm-Erkrankungen? Magengeschwür, entzündliche
Darmerkrankung, Zwölffingerdarmgeschwür, Blut im Stuhl.

Altro: _____
Sonstiges:

Malattie da infezione? si no

Epatite, tubercolosi, HIV.

Infektionskrankheiten? Hepatitis, Tuberkulose, HIV.

Altro: _____
Sonstiges:

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/die Eltern im Gespräch näher aufgeklärt:

Ho proposto: Vorgeschlagen habe ich:

La visita di: Die Untersuchung von: _____

senza mezzo di contrasto ohne Kontrastmittel,

con mezzo di contrasto mit Kontrastmittel

orale oral, endovenoso intravenös

Altro Sonstiges: _____

Valore attuale di creatinina aktueller Kreatinin-Wert: _____

Valore attuale GFR/eGFR (filtrazione glomerulare) aktueller GFR/eGFR: _____

Valori attuali TSH aktuelle Werte TSH:

_____ fT3: _____ fT4: _____

Istruzioni sul digiuno: Anweisung zum Nüchternheitsgebot:

Nessun cibo a partire dalle ore _____ il giorno precedente alla visita keine Nahrung ab ___ Uhr am Vortag der Untersuchung

Nessun cibo a partire dalle ore _____ Uhr il giorno della visita keine Nahrung ab ___ am Tag der Untersuchung

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, oppure il bambino è rappresentato dai suoi **genitori**/da uno dei genitori o da un tutore. Essi sono in grado di prendere una decisione in nome del paziente/del bambino. Die Patientin/Der Patient wird von einem **Betreuer** mit einem die Gesundheits-sorge umfassenden Betreuerausweis oder einer Vertrauensperson mit einer Vorsorgevollmacht bzw. das Kind von seinen **Eltern**/einem Elternteil oder einem Vormund vertreten. Diese sind in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten/des Kindes 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 der 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 della paziente/del paziente/del genitori* / dell'assistente/del tutore / dell'eventuale testimone [Ablehnung der Patientin/in/der Eltern*/Betreuer/Vormund / 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 6 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 (6 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.

Acconsento a che i risultati della mia visita vengono usati in forma anonima per scopi scientifici. Ich bin damit einverstanden, dass meine anonymisierten Untersuchungsergebnisse zur wissenschaftlichen Auswertung verwendet werden.

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 / del genitori* / dell'assistente / del tutore [Unterschrift Patientin / Patient / Eltern* / Betreuer / Vormund]

Copia/kopie:

ricevuta/erhalten

rifiutata/verzichtet

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

*Se firma solo un genitore, questi con la propria firma dichiara di possedere il diritto di tutela esclusivo oppure di agire con l'autorizzazione del genitore assente.

