

TOMOGRAFIA A RISONANZA MAGNETICA (MRT) MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE (MRT)

Information and medical history for adults and young patients for preparation of an interview with the doctor

Clinica / Klinik / Praxis



Dati del paziente: Patientendaten:

italienisch

- 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, cari genitori,

Le è stata pianificata una visita specialistica con Tomografia a risonanza magnetica (MRT, o cosiddetta risonanza magnetica nucleare). Queste informazioni servono alla preparazione al colloquio informativo con il medico. Nel colloquio il Suo medico Le illustrerà vantaggi e svantaggi dell'intervento pianificato riguardo a metodi alternativi e Le chiarirà i rischi. Risponderà alle Vostre domande, per eliminare paure e preoccupazioni. Alla fine Lei potrà dare l'autorizzazione alla risonanza magnetica. Dopo il colloquio riceverete una copia del formulario compilato e firmato.

FUNZIONE DELLA RISONANZA MAGNETICA

FUNKTIONSWEISE DER MRT

La tomografia a risonanza magnetica (abbreviazione MRT, NMR, RM, MRI), detta anche risonanza magnetica nucleare, è un moderno procedimento a sezioni di immagini, che per mezzo di onde radio realizza in un campo magnetico immagini a sezione del corpo umano. Per tale procedimento non si utilizzano raggi radiografici. Le immagini della risonanza magnetica permettono al medico di definire esattamente la posizione e la dimensione di un referto (per esempio frattura, lesione ai tendini, infezione, tumore) anche in relazione ad altri organi e di pianificare meglio la terapia.



Per la visita Lei verrà sdraiato (di solito sulla schiena) su una barella speciale e fatto entrare automaticamente nell'apertura rotonda del MRT (vedi illustrazione), dove verrà sottoposto ad un forte campo magnetico. Il corpo umano è formato per la maggior parte da molecole magnetizzabili di acqua, che si orientano all'interno del campo magnetico. Poi vengono inviati impulsi ad alta frequenza (onde radio) sulla regione da visitare. Durante questa fase si sentono forti rumori o colpi, che segnalano il normale funzionamento della macchina. Stimolato dagli impulsi il corpo invia segnali che vengono captati da antenne speciali (spole) e trasformati dal computer in immagini a sezione. Con questo metodo si sviluppano immagini assolutamente esatte soprattutto dei tessuti molli del corpo.

Allo stato attuale delle conoscenze sia il campo magnetico come anche gli impulsi elettromagnetici ad alta frequenza sono innocui.

La risonanza magnetica è un procedimento indolore e dura di solito a seconda della zona da visitare dai 15 ai 40 minuti.

Il calcolo, lo sviluppo, l'esame e la lettura delle immagini della MRT necessitano di ulteriore tempo.

SVOLGIMENTO DELLA VISITA UNTERSUCHUNGSABLAUF

L'apertura dell'apparecchio per MRT ha un diametro di circa 70 cm ed è dunque relativamente stretta. Per alcune visite e trattamenti esistono oggi anche cosiddetti apparecchi aperti per MRT, con un tunnel molto corto. A seconda della regione da visitare Lei si troverà completamente, oppure solo in parte nell'apparecchio, come ad esempio per la visita dell'articolazione del ginocchio. Nel caso Lei dovesse provare un senso di costrizione, in ogni momento potrà comunicare tramite citofono con il medico o con l'assistente, o interrompere la visita tramite un pulsante di emergenza. 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.

Anche i rumori forti possono risultare fastidiosi per il quale motivo riceverà una cuffia oppure tappi per le orecchie.

Durante la visita deve seguire attentamente le istruzioni del personale e rimanere sdraiato tranquillo e immobile. Deve evitare assolutamente ogni movimento, perché essi disturbano la resa delle immagini e rendono più complicata la lettura di esse. Per le visite nella regione toracica e addominale dovrà a comando trattenere il fiato per brevi periodi (10-30 secondi).

In determinate visite è necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto, che viene iniettato nel circolo venoso tramite una cannula che Le viene preventivamente posta di solito all'avambraccio. Come conseguenza sentirà eventualmente un leggero senso di calore, che si diffonde nel corpo e scompare dopo pochi secondi. Il mezzo di contrasto, al contrario di quello usato per le radiografie, non contiene iodio e di solito è ben tollerato.

Herausgeber: e.Bavarian Health GmbH

Nürnberg Straße 71, 91052 Erlangen

PHONE. +49(0)9131-814 72-0, FAX. -99

MAIL. kontakt@bavarian-health.com

Mithrsg: DRG Deutsche Röntgenesellschaft e.V, Berlin

Wissenschaftlicher Fachberater: Prof. Dr. med. Michael Uder

Abbildung: Siemens healthcare

Juristische Beratung: Dr. jur. Bernd Joch

Fotokopieren und Nachdruck auch auszugsweise verboten

© 2019 by e.Bavarian Health GmbH Reddat.: 01/2019 V1 Release 26.2.2019



BAVARIANhealth
innovative medical solutions

RAD-02/IT

Per le visite del tratto dello stomaco e dell'intestino dovrà bere prima della risonanza 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.

PROCEDIMENTI ALTERNATIVI ALTERNATIV-VERFAHREN

Metodi diagnostici alternativi alla MRT possono essere un'ecografia (sonografia), una convenzionale lastra radiografica, la tomografia computerizzata (CT), 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 MRT.

INFORMAZIONI PRE- E POST-INTERVENTO

HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

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

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: Comunichi al Suo medico, quali medicine assume o inietta regolarmente (in particolare anticoagulanti come Aspirina® [ASS], Marcumar®, Eparina, Plavix®, Ticlopidina, Clopidogrel, Eliquis®, Lixiana®, Xarelto®, Pradaxa® e medicinali contenenti Metformina, i cosiddetti „Biguanidi“ per diabetici) oppure quali medicinali ha assunto negli ultimi 8 giorni prima dell'intervento (ad esempio antidolorifici come Ibuprofene, Paracetamolo), come anche tutti i medicinali da banco e a base di piante. Il Suo medico La informerà se e in quale lasso di tempo deve essere interrotta l'assunzione di tali medicinali.

Per le visite dell'apparato digerente (stomaco e intestino) o del pancreas deve venire a digiuno.

Oggetti di metalli magnetizzabili come telefoni, occhiali, orologi, gioielli, forcine per capelli, apparecchi acustici, monete, chiavi, piercings, protesi dentali mobili etc. non si possono portare con sé nel campo magnetico. Apparecchi digitali con dati e carte con striscia magnetica (carta di debito, carta di credito ecc.) potrebbero venire cancellati dal campo magnetico e non possono dunque essere portati con sé nell'apparecchiatura.

In caso di impianti elettronici come pacemaker, defibrillatore, neuro-stimolatori, pompe per insulina o protesi interne all'orecchio dopo una certa preparazione si può eseguire una visita a risonanza magnetica. Perciò comunichi per favore ciò al medico o all'assistente radiologico già al momento dell'appuntamento.

Se nel Suo corpo ha oggetti estranei in metallo quali schegge di metallo, a seconda della loro posizione (polmoni, cervello, occhio, vasi sanguigni nelle vicinanze) non potrà essere eseguita la MRT. Protesi alle articolazioni e impianti in metallo a seguito di operazioni sono invece innocui.

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, o Buscopan per la visita dell'addome, 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 non deve in questo lasso di tempo prendere decisioni 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. Essi necessitano di una cura immediata e possono comparire anche giorni dopo la visita diagnostica.

Nelle donne portatrici di spirale la posizione di tale spirale dovrebbe essere controllata ginecologicamente dopo una MRT, per evitare gravidanze indesiderate.

RISCHI, POSSIBILI COMPLICAZIONI ED EFFETTI COLLATERALI RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

È noto in generale che **qualsiasi intervento medico comporta certi rischi**. La risonanza magnetica è però un procedimento di routine povero di rischi. 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.

Reazioni allergiche, per esempio a mezzi di contrasto, anestetici o altri medicinali, possono dare eruzioni cutanee, prurito, gonfiori, nausea e tosse. Reazioni gravi come insufficienza respiratoria, crampi, tachicardia o shock circolatorio **pericoloso per la vita** sono rare. Inoltre possono sopraggiungere in alcuni casi danni permanenti ad organi come cervello, paralisi o collasso renale con obbligo di dialisi.

Coloranti a base di metallo nel trucco (permanente) o nei tatuaggi possono provocare **reazioni cutanee** fino a **bruciature**.

Leggeri **dolori di testa** o **rumori alle orecchie** (tinnito) possono manifestarsi, ma scompaiono perlopiù da soli.

Rischi specifici dell'iniezione di mezzi di contrasto

Lividi (ematomi) al punto dell'iniezione o nelle vicinanze compaiono occasionalmente. Si possono creare gonfiori 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. Nella maggior parte dei casi tali infezioni si risolvono bene con antibiotici. In casi estremi può sopravvenire il trasporto di agenti patogeni nel circolo sanguigno e un pericoloso avvelenamento del sangue (sepsi).

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.

Dopo l'iniezione di un mezzo di contrasto possono sopravvenire **infiammazioni 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).

Nei mezzi di contrasto a base di gadolinio nei pazienti con limitata funzione renale può sopraggiungere in casi estremamente rari **una fibrosi sistemica nefrogenica** (NSF), una malattia dei tessuti difficile da curare, che colpisce pelle, articolazioni e organi interni e può avere anche decorso mortale.

Piccole quantità di mezzi di contrasto contenenti gadolinio possono **accumularsi nel cervello**, tra le altre cose. Ciò vale in particolare per i vecchi mezzi di contrasto „lineari“, oggi utilizzati solo in casi eccezionali. Finora, tuttavia, non è stato dimostrato che questi depositi provochino danni o sintomi.

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 risonanza magnetica, per es. durante un precedente ricovero ospedaliero? si no

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

Sono insorte complicanze? si no

Ergaben sich dabei Komplikationen?

Se sì, quali? _____

Wenn ja, welche?

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

Welche Region(en) Ihres Körpers wurden hierbei untersucht?

Soffre di claustrofobia? si no

Leiden Sie an Klaustrophobie („Platzangst“)?

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

Haben Sie schon einmal MRT-Kontrastmittel gespritzt bekommen?

Sono insorte complicanze? si no

Ergaben sich dabei Komplikationen?

Se sì, quali? _____

Wenn ja, welche?

Si avvale di un pace maker o di un defibrillatore? si no

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?

Ha tatuaggi o piercings? si no

Haben Sie Tätowierungen oder Piercings?

Indossa abitualmente un apparecchio acustico? si no

Tragen Sie gewöhnlich ein Hörgerät?

Le sono mai arrivate schegge di metallo negli occhi? si no

Haben Sie jemals Metallsplitter ins Auge bekommen?

Queste schegge sono state rimosse completamente da un oculista? si no

Wurden diese Splitter durch einen Augenarzt komplett entfernt?

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.)

Nel o sul corpo ha dei metalli o delle protesi? si no

viti, piastre, chiodi, articolazioni artificiali quali anca o ginocchio, stent coronarici o vascolari, clips vascolari, bypass, spirale, protesi valvolari cardiache, schegge di granata o di metallo, microinfusori di insulina o di farmaci, protesi dell'orecchio interno o medio, stimolatori elettrici.

Haben Sie Metall oder Implantate im oder am Körper?

Schrauben, Platten, Nägel, künstliche Gelenke wie Hüfte oder Knie, Gefäßstützen in Herzkranz- oder anderen Gefäßen, Gefäßclips, Bypässe, Spirale, Herzklappen, Granat- oder Metallsplitter, Insulin-bzw. Medikamentenpumpen, Innen- oder Mittelohrimplantate, elektrische Stimulationsgeräte.

Altro: _____

Sonstiges:

Si trova in stato di gravidanza? non certamente si no

Besteht eine Schwangerschaft?

Assume regolarmente alcolici? si no

Se sì che cosa e in quale quantità: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, was und wie viel:

Ha mai avuto o riscontrato i sintomi delle seguenti patologie fino ad ora: Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen vor:

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, Herzmuskelentzündung, Herzklappenerkrankung, Lufnot beim Treppensteigen, Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, De-

(Nel caso in cui alcune risposte siano prescelte, Le corregga per favore, se nel Suo caso sia cambiata la situazione.)

fibrillato), altoer Blutdruck, niedriger Blutdruck, Schlaganfall,
 Krampfadern, Venenentzündung, Thrombose, Embolie,
 Gefäßbaussackung 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, Schlafapnoe (starkes Schnärchen), Stimmband-Zwerchfelllähmung.

Altro: _____
 Sonstiges: _____

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 metaboliche? si no

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

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

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

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:

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]



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:

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

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 Gesundheitsorge 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 Patient/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 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.

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
Kopierhalt/-verzicht

*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.

