

Clinica/studio medico / Klinik / Praxis



Dati del paziente / Patientendaten:

italienisch

- Artrografia CT** CT-Arthrographie
 Artrografia Arthrographie
 Artrografia MRT MRT-Arthrographie

sinistra links destra rechts

il giorno (data) am (Datum): _____

arto da visitare zu untersuchendes Gelenk: _____

Gentile Paziente,

Le è stata pianificata una visita radiologica con mezzo di contrasto (artrografia) per una diagnosi piú accurata dell'arto ferito o malato. Queste informazioni sullo svolgimento della visita, sulle possibili complicazioni e sulle regole di comportamento prima e dopo la visita 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 La informerà sui Suoi rischi specifici e le possibili complicazioni. Risponderà alle Sue domande, per eliminare paure e preoccupazioni e Le spiegherà esaurientemente la visita. Infine Lei potrà dare la Sua autorizzazione all'intervento previsto.

Per favore legga attentamente le seguenti informazioni e compili accuratamente il formulario. Naturalmente i Suoi dati verranno trattati con discrezione. Dopo il colloquio riceverà una copia del formulario compilato e firmato.

FUNZIONE DELL'ARTROGRAFIA

L'artrografia è un procedimento per la visita di articolazione danneggiate. Prima viene iniettato un mezzo di contrasto e poi vengono fatte immagini radiologiche dell'articolazione in questione. L'artrografia rende possibile al medico vedere al meglio le strutture interne dell'arto e pianificare lo svolgimento delle cure ulteriori.

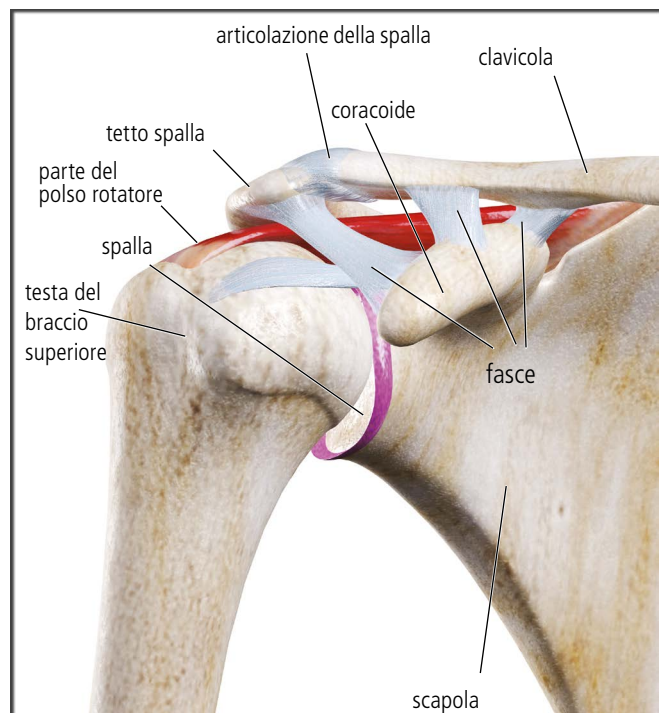
Al giorno d'oggi nell'artrografia si adottano, oltre ai raggi radiografici, spesso anche metodi a immagini come la risonanza magnetica (MRT) o la tomografia computerizzata (CT). In tali metodi il mezzo di contrasto iniettato serve a ingrandire l'area interna all'articolazione per ottenere una migliore visione delle strutture poco visibili allo stadio normale, come artroliti, fasce, cartilagine e capsula articolare.

SVOLGIMENTO DELLA VISITA

La visita si svolge di solito in anestesia locale. Prima il medico disinfetta il punto dell'iniezione. Poi, per lo piú sotto controllo radiologico e somministrazione di un anestetico, viene inserito un sottile ago nella pelle e spinto all'interno dell'articolazione, e tramite esso viene poi iniettato il mezzo di contrasto. In alcuni casi oltre al mezzo di contrasto viene iniettata anche aria, procedimento che è sensato soprattutto nelle articolazioni piú grandi.

Durante e dopo l'iniezione del mezzo di contrasto Lei può provare una sensazione di calore o di tensione nell'articolazione da visitare. Inoltre prima dell'iniezione può anche essere prelevato del liquido articolare per diminuire la formazione di un versamento articolare o per analisi di laboratorio.

Dopo aver estratto l'ago dall'articolazione, il punto dell'iniezione viene coperto da un cerotto e vengono realizzate le immagini.



PROCEDIMENTI ALTERNATIVI

Metodi diagnostici alternativi possono essere una visita radiologica senza mezzo di contrasto, un'ecografia o un'artroscopia (endoscopia).

Il Suo medico Le spiegherà volentieri le alternative e perché nel Suo caso consiglia come piú adatta un'artrografia.

INFORMAZIONI PRE- E POST-INTERVENTO

Se ne è in possesso, porti per favore con sé radiografie, immagini di CT o MRT, o ecografie e referti precedenti dell'articolazione da visitare. Per favore si attenga alle seguenti indicazioni del medico circa l'assunzione di medicinali e digiuno, se non Le è stato prescritto diversamente.

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. Il Suo medico La informerà su quali medicinali Lei dovrà interrompere e in quale lasso di tempo.

Lei deve osservare digiuno nelle due ore precedenti all'intervento e non fumare.

Se soffre di senso di oppressione negli ambienti stretti come ascensori (claustrofobia), lo comunichi per favore prima di una visita con tomografia computerizzata o risonanza magnetica, così che Le può essere somministrato un calmante.

Durante una **visita con risonanza magnetica** oggetti di metalli magnetizzabili come telefoni, occhiali, orologi, gioielli, forcine per capelli, apparecchi acustici, monete, chiavi, piercings, protesi dentali mobili etc., apparecchi digitali con dati e carte con striscia magnetica (carta di debito, carta di credito ecc.) non possono essere portati con sé nell'apparecchiatura con campo magnetico. Se Lei è portatore di un pacemaker normale o di un defibrillatore o altri impianti elettronici come neuro-stimolatori, pompe per insulina, protesi interne all'orecchio, normalmente non si può eseguire una visita a risonanza magnetica, perchè la funzionalità di tali apparecchi può essere disturbata dal campo magnetico. Perciò lo comunichi per favore 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 non potrà eventualmente essere eseguita la MRT. Protesi alle articolazioni e impianti in metallo a seguito di operazioni sono invece innocui.

Mezzi di contrasto a base di iodio possono essere somministrati anche in gravidanza e non è necessario interrompere l'allattamento.

Trattamento post-intervento:

Dopo l'artrografia non deve sollecitare pesantemente l'arto in questione per almeno due ore. Anche dovrà rinunciare all'attività sportiva nei due giorni dopo la visita.

I dolori articolari prodotti dall'aumentata tensione interna all'arto durano di solito al massimo 3 giorni e possono essere trattati bene con antidolorifici.

Se Lei ha ricevuto un **calmante e/o un anestetico** in caso di **intervento ambulatoriale** deve essere preso da una persona adulta. Se non Le è stato prescritto diversamente, Lei non 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 sopraggiungono disturbi quali **febbre, dolori più forti, gonfiori o sanguinamenti** all'articolazione. 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

È noto in generale che **qualsiasi intervento medico comporta certi rischi**. L'artrografia 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.

L'**esposizione alle radiazioni** viene mantenuta il più bassa possibile nelle lastre e nella tomografia computerizzata, ma sui danni a lungo termine non esistono studi sicuri. È importante che Lei informi il Suo medico sulle precedenti visite radiologiche e tomografiche, per mantenere più bassa possibile l'esposizione totale ai raggi in un certo lasso di tempo. In caso di gravidanza possono subentrare danni al feto.

Dopo l'artrografia in alcuni casi per qualche giorno può subentrare un **versamento reattivo** nell'articolazione in questione. Sono possibili **dolori o un senso di pressione**, se il mezzo di contrasto o l'aria iniettati passano nel tessuto circostante.

Ematomi al punto di iniezione non necessitano per lo più di trattamenti.

Lesioni di parti molli come fasce, capsule, nervi o cartilagine compaiono raramente. In caso di lesioni dei nervi possono sopravvivere **dolori e limitazione della mobilità** fino a **paresi**, che in casi molto rari possono essere anche permanenti.

Infezioni sono rare. Esse si manifestano con gonfiore, arrossamento, dolori, calore della pelle e febbre e possono condurre ad un accesso e alla necrosi del tessuto delle parti molli. Nella maggior parte dei casi tali infezioni si risolvono bene con antibiotici. **Un'infezione dell'osso o dell'articolazione** può richiedere un lavaggio dell'articolazione o un trattamento operatorio. In casi rari può sopravvivere un **irrigidimento del giunto articolare**. In casi estremi ed eccezionali un'infezione non curabile può causare fino alla perdita dell'arto in questione, un pericoloso avvelenamento del sangue (sepsi), fino all'infiammazione del tessuto interno del cuore (endocardite).

Reazioni allergiche (reazioni di intolleranze) ad esempio a mezzi di contrasto, anestetici o altri medicinali sono rare e possono manifestarsi con arrossamento cutaneo, prurito, gonfiori, 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 sopravvivere danni temporanei o anche permanenti a organi quali il cervello, paresi, collasso renale.

Poichè nell'artrografia vengono somministrate dosi molto basse di mezzo di contrasto, di regola non ci si aspetta effetti collaterali legati ad esso. Fondamentalmente però il mezzo di contrasto a base di iodio per radiografie o per tomografia computerizzata può causare nei pazienti con sussistente malattia renale un **peggioramento della funzionalità renale**, o nei **diabetici** che assumono Biguanidi come la Metformina **pericolosi disturbi del metabolismo** (acidificazione). Nei disturbi della funzionalità tiroidea il mezzo di contrasto contenente iodio può provocare una **iperfunzione della tiroide**, cosiddetta Iper tireosi, che si manifesta con tachicardia, senso di calore, irrequietezza e diarrea.

Danni alla pelle, alle mucose, ai nervi per esempio a causa dell'iniezione, sono rari. Senso di torpore, paralisi o dolore ne possono essere le conseguenze, per lo più solo temporanee. Molto raramente permangono, nonostante una cura, disturbi o cicatrici.

In una risonanza magnetica le sostanze coloranti contenenti metalli nel make up (permanente) o nei tatuaggi possono provocare **irritazioni cutanee** fino a **ustioni**.

Il mezzo di contrasto della MRT a base di Gadolinio nei pazienti con funzione renale limitata in casi estremamente rari può causare una fibrosi sistemica nefrogena (NSF), una **malattia dei tessuti**

connettivi difficile da curare che colpisce pelle, articolazioni e organi interni e che può addirittura avere esito mortale.

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?

Se esiste una cartella radiologica, La preghiamo di portarla con sé. Sollte ein Röntgenpass vorliegen, bitte mitbringen!

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 con mezzo di contrasto? si no

Haben Sie schon einmal Kontrastmittel erhalten?

Sono insorte complicanze? 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®)

Altro: _____
Sonstiges:

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

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?

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?

Indossa abitualmente un apparecchio acustico? si no

Tragen Sie gewöhnlich ein Hörgerät?

Ha tatuaggi o piercings? si no

Haben Sie Tätowierungen oder Piercings?

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?

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).

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

Bluterkrankung/Bluterinnungsstörung? 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/Bluterinnungsstörungen?

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, Luftnot beim Treppensteigen, Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator), hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck, Schlaganfall, Krampfadern, Venenentzündung, Thrombose, Embolie, Gefäßaussackung 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)?

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, Fructozuckerunverträglichkeit.

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 (insufficienzarenale), 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**

Itterizia, cirrosi epatica, Epatite.

Lebererkrankungen? Gelbsucht, Leberzirrhose, Leberentzündung.

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]

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:

Ho proposto: **Vorgeschlagen habe ich:**

La visita di: **Die Untersuchung von:** _____

per mezzo di **mittels**

Artrografia CT CT-Arthrographie

Artrografia Arthrographie

Artrografia MRT MRT-Arthrographie

Istruzioni sul digiuno: **Anweisung zum Nüchternheitsgebot:**

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. 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: relativo alla rappresentanza legale delega a persona di fiducia 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 propositami.

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.

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 Verwertung verwendet werden.

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 Patient/in / Betreuer]

Copia/Kopie:

ricevuta/erhalten

rifiutata/verzichtet

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