

Clinica/studio medico Clinic / Doctor:



Dati del paziente Patient data:

italienisch

Infiltrazione delle faccette articolari
Facettengelenksinfiltration

Infiltrazione iliosacrale ISG-Infiltration PRT

senza mezzo di contrasto ohne Kontrastmittel

con mezzo di contrasto mit Kontrastmittel

il giorno (data): am (Datum): _____

sotto unter

Raggi Röntgen- Ecografia Ultraschall- CT- MRT-controllo

Gentile Paziente,

Il Suo medico curante Le consiglia di eseguire un'infiltrazione delle radici, delle faccette articolari/dell'articolazione iliosacrale. Queste informazioni Le sono utili in preparazione al colloquio illustrativo con il medico. Nel colloquio il Suo medico Le illustrerà l'intervento pianificato e La informerà sui Suoi rischi. Risponderà alle Sue domande, per eliminare paure e preoccupazioni. Infine Lei potrà dare la Sua autorizzazione all'intervento previsto. Dopo il colloquio riceverà una copia del formulario compilato e firmato.

CAUSE DEI DISTURBI

Spesso sono fenomeni di usura o di ernia del disco a provocare dolori. In questi casi le finestre di passaggio dei nervi (foramina nervosi), attraverso le quali i nervi del midollo spinale escono dal canale vertebrale, sono ristrette. Questo restringimento può comportare che il nervo fuoriuscente si iriti e Le procura dolore. Con una infiltrazione della radice nervosa tale nervo può essere trattato in modo mirato con medicinali, si parla in tal caso di una infiltrazione nervosa periradicolare.

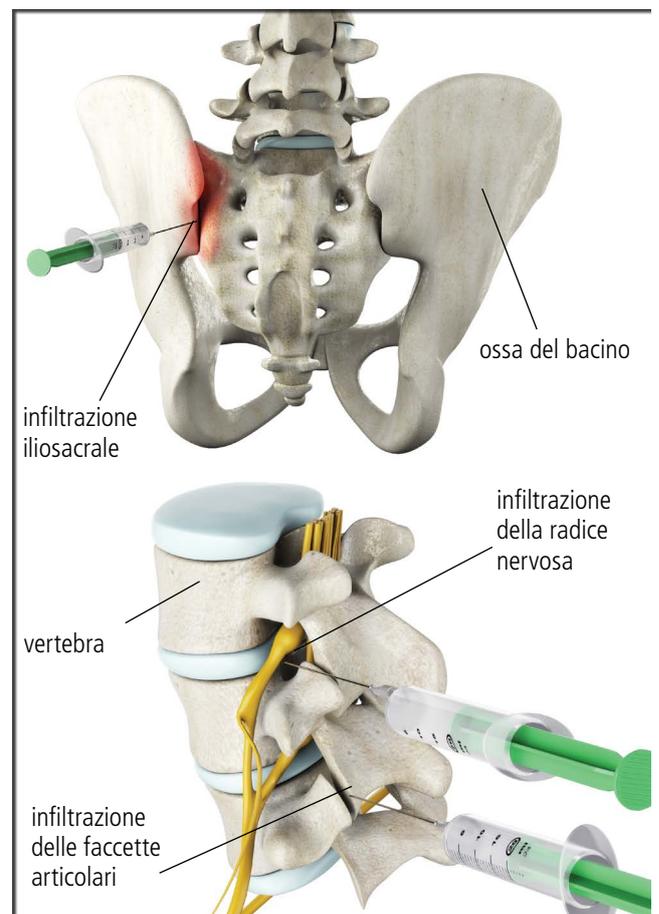
Anche l'usura dello snodo articolare dei piccoli corpi vertebrali o delle giunture iliosacrali (collegamento tra osso sacro e osso iliaco) provoca disturbi. Non è ancora chiaro in questo caso il funzionamento, si suppone però che anche questa articolazione oppure le capsule articolari sono irrorate da una sottile rete di nervi, e così anche qui modifiche patologiche, come ad esempio sintomi di usura, provocano disturbi. Tramite un'infiltrazione delle faccette articolari o dell'articolazione iliosacrale si può provare a trattare questa articolazione.

SVOLGIMENTO DEL TRATTAMENTO

Per prima cosa Lei viene sdraiato sul lettino medico. A seconda dell'accesso può essere sdraiato sulla pancia, su un lato o supino. Il punto dell'infiltrazione di solito viene stabilito con l'aiuto di procedimenti ad immagini (ecografia, CT, MRT, radiografia). Il punto di punzione viene marcato sulla pelle e disinfettato. Poi un sottile ago cavo (cannula) viene inserito sotto controllo a vista fino alla radice nervosa, all'articolazione iliosacrale o alle faccette articolari. Poiché la punta dell'ago arriva molto vicino alla radice nervosa o alle faccette articolari, possono sopravvenire dolori. Essi possono essere di qualità simile ai dolori che l'hanno condotta dal medico. Per favore informi il medico sui dolori che eventualmente compariranno durante l'infiltrazione.

A seconda del punto di punzione vengono eventualmente iniettati alcuni millilitri di mezzo di contrasto per controllare la direzi-

one della dilatazione. Se la posizione dell'ago risulta corretta si iniettano alcuni millilitri di medicinale o di un composto di medicinali. Poi la cannula viene estratta e il punto di punzione viene solitamente coperto da un cerotto.



La durata del trattamento dipende molto e può essere di alcuni minuti fino a più di un'ora. I fattori che la influenzano sono tra l'altro la regione da trattare, il procedimento o il numero di radici nervose che devono essere trattate.

Sia un'infiltrazione della radice che quella delle faccette articolari o iliosacrale possono essere eseguite per motivi diagnostici o terapeutici.

Spesso i disturbi non sono così specifici da lasciar determinare esattamente un nervo o un'articolazione in particolare. Con l'iniezione di un anestetico locale a effetto rapido si può provare a localizzare la zona colpita (infiltrazione diagnostica). Con tale infiltrazione diagnostica si può ottenere per un breve periodo un'eliminazione o riduzione del dolore. Si deve prevedere però che i disturbi torneranno con il diminuire dell'effetto dell'anestesia locale. Ciò sarebbe per il medico curante un segnale che la radice nervosa o l'articolazione trattate sono la causa dei Suoi disturbi. Per l'infiltrazione diagnostica può essere necessario ripetere tale visita a intervalli brevi in diversi punti, per identificare la zona colpita. Questo è soprattutto importante se è preventivato a lungo termine un'intervento chirurgico. Quando la localizzazione dei Suoi disturbi è stata determinata, tale zona può essere infiltrata a scopo terapeutico. In questo caso si iniettano alcuni millilitri di un composto di anestetico locale e di un medicinale antinfiammatorio. Sebbene il cortisone sia adatto a tale trattamento e ben tollerato, non sussiste ancora un'approvazione ufficiale per tale uso.

PROCEDIMENTI ALTERNATIVI

L'infiltrazione di una radice nervosa, di una faccetta articolare o del vano iliosacrale ha senso se metodi conservativi, come ad esempio fisioterapia o medicinali, non sono sufficienti, se non è indicata un'operazione o se essa si può rimandare ancora.

POSSIBILITÀ DI SUCCESSO

Con questo trattamento si vuole ottenere che i nervi in questione non trasmettano più sensazioni dolorose. Circa la metà dei pazienti dopo tale trattamento non ha dolori in modo duraturo. In due terzi dei pazienti ci si aspetta almeno un miglioramento temporaneo dei disturbi. Poi il procedimento può essere ripetuto limitatamente ad intervalli relativamente brevi (circa due settimane).

Segni di usura eventuali, come ad esempio un restringimento della finestra di uscita del nervo a causa di danni e usura alla colonna vertebrale, o l'usura delle faccette articolari o dell'articolazione iliosacrale non vengono influenzati dall'infiltrazione. Si è dimostrato però che con l'infiltrazione della radice nervosa si può ritardare o addirittura evitare un intervento chirurgico.

In casi di forte usura della colonna vertebrale o allo scheletro del bacino la via di accesso può risultare difficile o addirittura impossibile. In tal caso può verificarsi l'impossibilità ad eseguire l'infiltrazione.

INFORMAZIONI PRE- E POST-INTERVENTO

Se ne è in possesso, porti per favore con sé radiografie, immagini di CT, referti precedenti dell'articolazione da visitare.

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) 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.

Trattamento post-intervento:

Per l'effetto dei medicinali somministrati le funzioni nervose possono essere disattivate temporaneamente e i muscoli, che

vengono riforniti da tali nervi, essere privi di forza. Ciò si può manifestare con **sintomi di paresi temporanee**.

A causa della posizione sdraiata sul lettino medico Lei potrà avere vertigini quando si rialza. Per favore si sieda eretto lentamente e resti alcuni minuti seduto prima di alzarsi. Se si sente insicuro ad alzarsi autonomamente, si lasci aiutare per favore.

In caso di **intervento ambulatoriale** deve essere preso da una persona adulta. La Sua capacità di reazione può essere limitata a causa dell'infiltrazione con antidolorifici o possono sopravvenire temporanei sintomi di paresi o di debolezza della muscolatura. Per tale motivo Lei non può prendere parte attiva al traffico stradale **nelle 24 ore dopo l'intervento** (neanche come pedone) né esercitare altre attività pericolose.

Se Lei è malato di **diabete**, controlli per favore in modo stretto dopo l'infiltrazione la Sua **concentrazione di zucchero nel sangue**, per reagire tempestivamente ad uno squilibrio diabetico.

Per piacere informi subito il Suo medico o si rechi in clinica se dopo l'infiltrazione sopraggiungono disturbi quali **eritema, difficoltà di respirazione, tachicardia, sudore freddo, mal di testa, rigidità della nuca, febbre, dolori alla schiena, brividi, sensazioni di mancamento**. Essi necessitano di una cura immediata e possono comparire anche giorni dopo l'infiltrazione.

RISCHI, POSSIBILI COMPLICAZIONI ED EFFETTI COLLATERALI

È noto in generale che **qualsiasi intervento medico 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.

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 sopravvenire danni temporanei o anche permanenti a organi quali il cervello, paresi, collasso renale.

Soprattutto a causa di ripetute, numerose infiltrazioni con medicinali a base di cortisone non si può escludere un effetto sistemico del medicinale come aumento del peso, accumuli di acqua (edema) o offuscamento della lente oculare (cataratta). Nelle donne possono verificarsi disturbi del ciclo, in casi di diabete preesistente **sbalzi del livello di zucchero nel sangue**.

A causa dell'inserimento della cannula possono venire lesionate le strutture vicine, la radice nervosa o l'articolazione da trattare. Se vengono lesionati vasi sanguigni, possono sopravvenire **emorragie** o un ematoma. In caso di emorragie molto forti o incontrollabili può rendersi necessaria un'operazione per bloccare il sanguinamento. 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.

Se il narcotico giunge erroneamente nel circolo sanguigno può provocare **crampi, disturbi cardiaci e del metabolismo fino a svenimenti e collasso respiratorio**. Si rende dunque indispensabile un immediato trattamento di medicina intensiva per evitare danni permanenti al cervello.

A causa di una **lesione del nervo**, di un ematoma o di un'infezione possono sopraggiungere temporanee o **permanenti paresi ai nervi** (in casi estremi fino alla **paresi paraplegica**). Se viene ferito il canale del midollo spinale può sopravvenire **una perdita di liquido spinale** (liquor). Se in questo caso l'anestetico locale penetra nel canale del midollo spinale è possibile una paresi temporanea della metà inferiore del corpo.

Nelle iniezioni nella capsula articolare (infiltrazione delle faccette o dell'articolazione iliosacrale) può sopravvenire uno **strappo della capsula articolare**. Esso provoca dolori, alto rischio di infezione e una più rapida usura dell'articolazione.

Infezioni al punto di iniezione con accessi o morte dei tessuti (necrosi) sono rare. Esse 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 un accesso può richiedere un trattamento operatorio o provocare il trasporto di germi nel circolo sanguigno con pericolosa infezi-

one del sangue (sepsi) o un'inflammatione del tessuto interno al cuore (endocardite).

Nelle iniezioni nell'ambito della colonna vertebrale toracica può verificarsi molto raramente una **lesione della pleura**. Se penetra aria nel torace, essa spinge i polmoni così che la funzione polmonare viene disturbata, possibilmente anche in modo permanente (pneumotorace). Possono sopraggiungere dolori al petto, tosse, irrequietezza, aumento della sudorazione e del polso e insufficienza respiratoria. L'aria deve essere aspirata tramite puntura o inserimento di un drenaggio.

L'**esposizione alle radiazioni** viene mantenuta il più bassa possibile nell'infiltrazione sotto controllo con tomografia computerizzata o con raggi, ma sui danni a lungo termine non esistono studi sicuri. In caso di gravidanza possono subentrare danni al feto.

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,**

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), Brilique®, Clopidogrel, Efient®, Eliquis®, Eparina, Marcoumar®, Iscover®, 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), Brilique®, Clopidogrel, Efient®, Eliquis®, Heparin, Marcoumar®, Iscover®, 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.)

Le è stata già eseguita un'infiltrazione sacroiliaca delle radici/faccette articolari? si no

Haben Sie schon einmal eine Wurzel-/Facettengelenks-/Iliosakralfugeneinfiltration erhalten?

Sono insorte complicanze? si no

Ergaben sich dabei Komplikationen?

Se sì, quali? _____
 Wenn ja, welche?

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?

Embolo (trombosi)/Occlusione vascolare (embolia)? si no

Blutgerinnsel (Thrombose)/Gefäßverschluss (Embolie)?

Soffre di una patologia tumorale (cancro)? si no

Leiden Sie an einer Tumorerkrankung (Krebs)?

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

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: _____

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.

Nierenerkrankungen? Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz), Nierenentzündung.

Altro: _____
 Sonstiges: _____

Malattie dello stomaco/intestino? si no

Stenosi dell'apparato digerente, Ulcera peptica, pirosi, Ulcera duodenale.

Magen-Darm-Erkrankungen? Engstelle im Verdauungstrakt, Magengeschwür, Sodbrennen, Zwölffingerdarmgeschwür.

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 im Gespräch näher aufgeklärt:

Infiltrazione delle faccette articolari

Facettengelenksinfiltration

Infiltrazione iliosacrale ISG-Infiltration **PRT**

sotto unter

Raggi Röntgen- Ecografia Ultraschall- CT- MRT-controllo

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 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). Sono stato informato sull'eventualità dell'impiego di medicinali contenente cortisone, che non sono ancora permessi per tale utilizzo (Off-Label-Use). **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. Ich wurde auch darüber informiert, dass ggf. kortisonhaltige Präparate zum Einsatz kommen, welche noch nicht für diese Anwendung zugelassen sind (Off-Label-Use).

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 Untersuchungs-/Behandlungsergebnisse 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