

# STRAHLENTHERAPIE BEI GUTARTIGEN ERKRANKUNGEN

Information und Anamnese für Patienten zur Vorbereitung des erforderlichen Aufklärungsgesprächs mit dem Arzt

Klinik / Praxis



Patientendaten:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Morbus Dupuytren (Beugekontraktur der Hand)        | <input type="checkbox"/> Gynäkomastie (Vergrößerung der männl. Brustdrüse) |
| <input type="checkbox"/> Morbus Ledderhose (Beugekontraktur am Fuß)         | <input type="checkbox"/> Ellenbogensyndrom                                 |
| <input type="checkbox"/> Fersensporen                                       | <input type="checkbox"/> Schulter Syndrom                                  |
| <input type="checkbox"/> Narbenwucherungen                                  | <input type="checkbox"/> Induratio penis plastica (Penisverkrümmung)       |
| <input type="checkbox"/> Endokrine Orbitopathie (Hervortreten der Augäpfel) | <input type="checkbox"/> Achillodynie (Entzündung der Achillessehne)       |
| <input type="checkbox"/> Verhinderung von Weichteilverkalkungen             |  |
| <input type="checkbox"/> Arthrose _____ (Gelenk)                            | Sonstiges: _____   |

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist die Bestrahlung einer gutartigen Erkrankung geplant.

Diese Informationen dienen zu Ihrer Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile der geplanten Behandlung gegenüber Alternativmethoden erläutern und Sie über Ihre Risiken aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in die Ihnen vorgeschlagene Bestrahlung erteilen. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

### FUNKTIONSWEISE DER STRAHLENTHERAPIE

Auf viele Erkrankungen, welche durch entzündliche oder Autoimmunreaktionen bzw. durch Bindegewebswucherungen hervorgerufen werden, hat die Bestrahlung mit niedrigen Strahlendosen einen positiven Einfluss. Bei frühzeitiger Behandlung kann ein weiteres Fortschreiten der Erkrankung oft verhindert und eine Besserung der Beschwerden erreicht werden.

### PLANUNG DER BESTRAHLUNG

Die Vorbereitung der Bestrahlung und die Berechnung der Bestrahlungsdosis nehmen in der Regel einige Tage in Anspruch.

Anhand Ihrer Erkrankung wird der Strahlentherapeut das zu bestrahlende Gebiet festlegen. Damit Sie jeden Tag exakt identisch liegen und die Bestrahlung genau eingestellt werden kann, sind sogenannte Lagerungshilfen oder Hautmarkierungen notwendig. Diese sind z. B. Keilkissen oder andere Halterungen.

Manchmal wird das Bestrahlungsvolumen nochmals mittels spezieller Röntgenaufnahmen an einem Therapiesimulator überprüft. Ob dies notwendig wird, entscheidet Ihr Arzt nach Bedarf.

### ABLAUF DER BESTRAHLUNG

Der Rhythmus der Bestrahlung wird Ihrer speziellen Situation angepasst. Häufig wird mehrmals die Woche über mehrere Wochen bestrahlt. Ihr Arzt erstellt Ihnen hierfür ggf. einen Bestrahlungsplan.

Während der Bestrahlungen wird in der Regel folgendermaßen vorgegangen:

Zunächst werden Sie mit den Lagerungshilfen sowie den im Bestrahlungsraum angebrachten Laserstrahlen exakt in die bei

der Planung festgelegten Position auf dem Bestrahlungstisch gebracht. Dies kann mehrere Minuten in Anspruch nehmen.

Gegebenenfalls wird die Lagerung nochmals mit Röntgenaufnahmen oder einem Kurz-CT direkt am Bestrahlungsgerät überprüft.

Während der eigentlichen Bestrahlung sind Sie alleine im Bestrahlungsraum. Sie stehen allerdings über eine Sprech- und Videoanlage direkt mit dem Arzt oder Medizinisch-Technischen Assistenten in Verbindung. Während der Bestrahlung dürfen Sie sich nicht bewegen. Die Bestrahlungsdauer pro Sitzung beträgt Sekunden bis mehrere Minuten.

### ALTERNATIV-VERFAHREN

Einige Erkrankungen können auch operativ, durch Entfernen des störenden Gewebes (z. B. Dupuytren-Kontraktur der Hand), Ersatz des betroffenen Gelenkes durch ein Kunstgelenk oder medikamentös durch entzündungshemmende Mittel bzw. andere konservative Maßnahmen behandelt werden. Ihr Arzt erläutert Ihnen, ob in Ihrem Fall andere Behandlungsmaßnahmen in Frage kommen.

### ERFOLGSAUSSICHTEN

Der Behandlungserfolg hängt stark von der Art Ihrer Erkrankung und deren Stadium ab. Dennoch kann in der Mehrzahl der Fälle zumindest mit einer Besserung gerechnet werden. Gelegentlich verschlechtern sich auch kurz nach der Behandlung die Beschwerden zunächst.

Bei einigen Patienten hat die Bestrahlung jedoch keinen oder nur einen marginalen Effekt. Ihr Arzt wird Ihnen gerne erläutern, mit welchem Behandlungsergebnis in Ihrem speziellen Fall zu rechnen ist.

## VERHALTENSINSHINWEISE

Falls nichts anderes angeordnet, beachten Sie bitte die folgenden Verhaltenshinweise:

### Vor der Bestrahlung:

Falls **Markierungen** auf Ihre Haut angebracht wurden, entfernen Sie diese bitte nicht. Bei fehlender Markierung muss ggf. die Therapieplanung wiederholt werden.

**Medikamenteneinnahme:** Wichtig ist, dass Sie Ihrem Arzt mitteilen, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen oder spritzen. Nennen Sie bitte auch alle Medikamente (auch rezeptfreie und pflanzliche Medikamente), die Sie in letzter Zeit gelegentlich eingenommen haben.

Falls bei Frauen **Kinderwunsch** besteht, sollte dies mit dem Arzt besprochen werden.

### Während der Bestrahlungsserie:

Bitte vermeiden Sie **mechanische Reize** im Bereich der bestrahlten Haut. Auch sollte die bestrahlte Haut nicht oder nur sehr vorsichtig gewaschen werden. Für die **Hautpflege** verwenden Sie bitte ggf. verordnete Cremes, Salben und Puder. Meiden Sie auch direkte **Sonneneinstrahlung**.

Bitte informieren Sie sofort Ihren Arzt oder suchen Sie die Klinik auf, falls **Fieber, starke Hautreaktionen, Entzündungen, Gewichtsabnahme** oder andere Beschwerden auftreten.

Schwangere Frauen sollten nicht behandelt werden, da es durch die Streustrahlung zu einer minimalen Strahlenbelastung des Embryos kommen kann. Deshalb sollten Frauen auch während der Strahlentherapie auf eine **sichere Verhütung** achten.

## RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Es ist allgemein bekannt, dass **jeder medizinische Eingriff Risiken birgt**. Die Bestrahlung gutartiger Erkrankungen ist aber ein risikoarmes Routineverfahren. Ihr Arzt wird im Gespräch auf Ihre individuellen Risiken näher eingehen. Sie können aber auch auf eine ausführliche Aufklärung verzichten. Überspringen Sie dann diesen Risiko-Abschnitt und bestätigen Sie dies bitte am Ende der Aufklärung.

Bei der Strahlentherapie unterscheidet man **akute Nebenwirkungen**, die während einer Strahlentherapie auftreten, und **chronische Nebenwirkungen**, die Monate bis Jahre nach einer Strahlentherapie auftreten können.

**Akute Nebenwirkungen** lassen sich häufig nicht vermeiden und treten bis zu einem bestimmten Grad immer während einer

Strahlentherapie auf. Sie bilden sich nach Abschluss der Strahlentherapie meist komplett zurück und können durch unterstützende Maßnahmen behandelt werden.

**Chronische Nebenwirkungen** sind erfreulicherweise nicht häufig und meist nicht sehr stark ausgebildet.

Eine häufige Nebenwirkung der Bestrahlung ist eine **Rötung** und **trockene Schuppung** der Haut. Selten kommt es zu einer Entzündung mit nässenden Wunden. Diese Beschwerden bilden sich nach Abschluss der Strahlentherapie meist zurück.

**Bleibende Hautveränderungen** wie Braunverfärbung, eine **Verhärtung des Gewebes oder Vernarbung von Muskeln**, sind selten.

Bei der endokrinen Orbitopathie (Hervortreten der Augäpfel) kann es durch die Streustrahlung zu einer **Trübung der Augenlinse** oder zur **Reizung der Bindehaut** kommen. Eine getrübbte Augenlinse kann, wie beim grauen Star, entfernt oder ausgetauscht werden.

Bei Männern kann es bei Bestrahlung im Beckenbereich zur vorübergehenden **Einschränkung der Zeugungsfähigkeit** kommen. Dennoch ist die Entstehung einer Schwangerschaft nicht unmöglich und es darf auf Verhütung nicht verzichtet werden. Bei Kinderwunsch besteht die Möglichkeit vor der Strahlentherapie Samenflüssigkeit einzufrieren. Fragen Sie hierzu Ihren Arzt.

Manchmal kommt es zum **Absterben von Knorpel- oder Knochengewebe**, was zu Schmerzen, Gelenkversteifung oder Knochenbrüchen führen kann.

**Allergische Reaktionen**, z. B. auf Medikamente oder Latex, können zu Hautausschlag, Juckreiz, Schwellungen, Übelkeit und Husten führen. Schwerwiegende Reaktionen wie z. B. Atemnot, Krämpfe, Herzrasen oder **lebensbedrohliches Kreislaufversagen** sind selten. Dann können u. U. bleibende Organschäden wie Gehirnschäden, Lähmungen oder dialysepflichtiges Nierenversagen eintreten.

**Schädigung von Haut, Weichteilen bzw. Nerven**, z. B. durch Einspritzungen, Entzündungen, Desinfektionsmittel, Spritzenabszess oder trotz ordnungsgemäßer Lagerung, sind selten. Taubheitsgefühl, Lähmungen und Schmerzen können die Folgen sein. Meist sind diese vorübergehend. Dauerhafte Nervenschäden, Absterben von Gewebe mit verbleibenden Narben sind selten.

Durch die Bestrahlung ist das Risiko, nach Jahren oder Jahrzehnten an einem **Tumor** oder **Leukämie** zu erkranken, geringfügig erhöht.

Bei späteren Eingriffen im Bestrahlungsgebiet können **Wundheilungsstörungen** auftreten.

(Falls bestimmte Antworten vorausgewählt sind, korrigieren Sie diese bitte, wenn sich bei Ihnen etwas geändert hat.)

## Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese)

Bitte beantworten Sie vor dem Aufklärungsgespräch die folgenden Fragen gewissenhaft und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Anhand Ihrer Informationen kann der Arzt das Eingriffsrisiko in Ihrem speziellen Fall besser abschätzen und wird ggf. Maßnahmen ergreifen, um Komplikationen und Nebenwirkungen vorzubeugen.

### Angaben zur Medikamenteneinnahme:

Werden regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel benötigt oder wurden in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) solche eingenommen/gespritzt?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Werden andere Medikamente eingenommen?  ja  nein

Wenn ja, bitte auflisten:

\_\_\_\_\_

(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

Sind Sie schwanger?  nicht sicher  ja  nein  
Rauchen Sie?  ja  nein

Wenn ja, was und wie viel täglich: \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein

Wenn ja, was und wie viel: \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal mit Röntgenstrahlen behandelt?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?  ja  nein

Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:

Allergie/Überempfindlichkeit?  ja  nein

Medikamente,  Lebensmittel,  Kontrastmittel,

Jod,  Pflaster,  Latex (z.B. Gummihandschuhe,

Luftballon)  Pollen (Gräser, Bäume),  Betäubungsmittel,  Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten).

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an einer angeborenen oder erworbenen Immunschwäche?**  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung (z. B. Sklerodermie)?**  ja  nein

**Stoffwechsel-Erkrankungen?**  ja  nein

Diabetes (Zuckerkrankheit),  Gicht.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten?**  ja  nein

Hepatitis,  Tuberkulose,  HIV.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?**  ja  nein

Bitte kurz beschreiben: \_\_\_\_\_

## Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch

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 die Bestrahlung verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten im Gespräch näher aufgeklärt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Morbus Dupuytren
- Gynäkomastie
- Morbus Ledderhose
- Ellenbogensyndrom
- Fersensporn
- Schulter Syndrom
- Narbenwucherungen
- Induratio penis plastica (Penisverkrümmung)
- Endokrine Orbitopathie
- Achillodynie
- Weichteilverkalkungen
- Arthrose \_\_\_\_\_ (Gelenk)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:

- Der/Die Patient/in besitzt die Fähigkeit, eine eigenständige Entscheidung über die Bestrahlung zu treffen und seine/ihre Einwilligung in die Bestrahlung zu erteilen.
- Der/Die Patient/in wird von einem Betreuer bzw. Vormund mit einer Betreuungsurkunde vertreten. Dieser ist in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

## Ablehnung des/der Patienten/in

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ hat mich umfassend über die vorgeschlagene Bestrahlung und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die diesbezügliche Aufklärung verstanden und lehne die vorgeschlagene Bestrahlung ab.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer / Vormund / ggf. des Zeugen

## Erklärung und Einwilligung des/der Patienten/in

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an und bestätigen Sie Ihre Erklärung anschließend mit Ihrer Unterschrift:

- Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe.** Diesen Aufklärungsbogen (3 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_\_ wurde ich über den Ablauf der geplanten Bestrahlung, deren Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall und über die Vor- und Nachteile der Alternativmethoden umfassend informiert.
- Ich verzichte bewusst auf eine ausführliche Aufklärung.** Ich bestätige hiermit allerdings, dass ich von dem behandelnden Arzt über die Erforderlichkeit der Bestrahlung, deren Art und Umfang sowie über den Umstand, dass die Bestrahlung Risiken birgt, informiert wurde.

**Ich versichere, dass ich keine weiteren Fragen habe und keine zusätzliche Bedenkzeit benötige. Ich stimme der vorgeschlagenen Bestrahlung zu.** Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

Ich versichere, dass ich in der Lage bin, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

\_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Patientin / des Patienten / Betreuer / Vormund

Kopie:  erhalten

verzichtet

\_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin / des Patienten / Betreuer / Vormund