

Klinik / Praxis



Patientendaten:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primäre Hirntumore | <input type="checkbox"/> Meningeome | <input type="checkbox"/> Stereotaktische Radiotherapie (Bestrahlungsserie) |
| <input type="checkbox"/> Craniopharyngeom | <input type="checkbox"/> Akustikusneurinom | <input type="checkbox"/> Radiochirurgie (Einmalbestrahlung) |
| <input type="checkbox"/> Hirnmetastasen | <input type="checkbox"/> Gefäßmissbildungen (AVM) | |

Sonstiges: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

bei Ihnen/Ihrem Kind ist die stereotaktische Bestrahlung einer Erkrankung im Gehirn bzw. der Kopf-Hals-Region geplant.

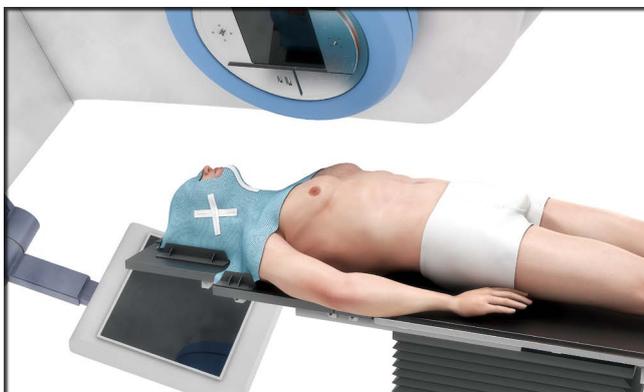
Diese Informationen dienen zu Ihrer Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile der geplanten Bestrahlung gegenüber Alternativmethoden erläutern und Sie über Ihre Risiken aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, 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

Tumorzellen sind Zellen, die sich unkontrolliert teilen und vermehren. In der Regel sind Tumorzellen dabei empfindlicher gegenüber Strahlung als das normale Gewebe und können durch die Bestrahlung gezielt zum Absterben gebracht werden.

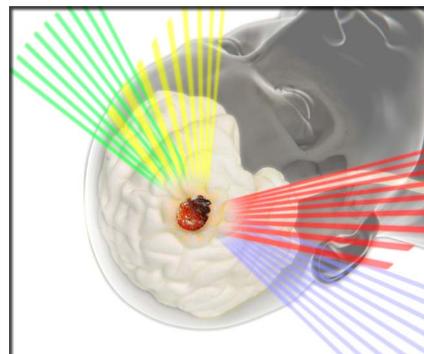
Auch Gefäßmissbildungen, welche u. U. ein Blutungsrisiko haben, können durch eine gezielte Bestrahlung behandelt werden. Dadurch kann nach ca. 1 bis 3 Jahren ein Verschluss des Gefäßes erreicht werden. Bis zum vollständigen Verschluss bleibt ein Blutungsrisiko bestehen.

Bei der stereotaktischen Bestrahlung wird der Krankheitsherd dabei hochpräzise und millimetergenau aus mehreren verschiedenen Richtungen bestrahlt. Dadurch kann das umliegende gesunde Gewebe besonders gut geschont und im Krankheitsherd eine sehr hohe Strahlendosis erreicht werden. Bei kleineren, gut abgrenzbaren Tumoren oder bei kleineren Gefäßmissbildungen kann die nötige Strahlendosis in einer einmaligen Sitzung verabreicht werden (Radiochirurgie).



In Abhängigkeit von der Lage und der Größe des Krankheitsherdes wird der behandelnde Arzt individuell entscheiden, ob

eine Einzelbestrahlung oder Mehrfachbestrahlung bei Ihnen erforderlich ist. Wird die Gesamtdosis auf mehrere Sitzungen aufgeteilt, hat das gesunde Gewebe die Möglichkeit, sich zwischen den Sitzungen wieder zu erholen.



Bei bösartigen Tumoren kann die Strahlentherapie mit einer medikamentösen Therapie, z. B. mittels Chemotherapie, Hormontherapie und Antikörpern, verknüpft werden. Diese kann vor, während und nach der Strahlentherapie erfolgen.

PLANUNG DER BESTRAHLUNG

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

Anhand der Ausdehnung des Krankheitsherdes wird der Strahlentherapeut das exakt zu bestrahlende Gebiet festlegen. Dazu und zur Berechnung der exakten Dosisverteilung in Ihrem Fall wird vor Beginn der Strahlentherapie eine Computer-, Magnetresonanztomographie (PET) durchgeführt. Vor allem bei Gefäßmissbildungen kann es notwendig sein, dass Kontrastmittel gegeben wird, um die Gefäße darzustellen. Damit Sie exakt liegen und die Bestrahlung genau eingestellt werden kann, sind sogenannte Lagerungshilfen notwendig. Diese sind z. B. Gesichtsmasken oder Beißblöcke, die individuell für Sie angefertigt werden. In speziellen Situationen kann es notwendig sein, dass ein sogenannter Stereotaxie-Ring direkt an Ihrem Schädelknochen befestigt wird. Dies erfolgt unter örtlicher Betäubung. In der Regel wird der Ring bei Einzelbestrahlungen verwendet und am

selben Tag wieder entfernt. Im Rahmen der Planung werden die Bestrahlungsfelder ggf. auf die Maske oder Ihre Haut übertragen. Ist die Planung abgeschlossen, wird das Bestrahlungsvolumen nochmals mittels spezieller Kontrollaufnahmen an einem Therapiesimulator überprüft.

ABLAUF DER BESTRAHLUNG

Die Art der Bestrahlung wird Ihrer speziellen Situation angepasst. Bei der Radiochirurgie erfolgt eine einmalige Bestrahlung. Nach der Bestrahlung werden Sie ggf. noch für eine Nacht in der Klinik überwacht.

Bei der fraktionierten stereotaktischen Radiotherapie wird die Strahlendosis auf mehrere Sitzungen verteilt. Je nach Tumorsituation erfolgt die Strahlentherapie ambulant oder (teil-)/stationär. Während der einzelnen 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 festgelegte Position auf dem Bestrahlungstisch gebracht. Dies kann bis zu 30 Minuten in Anspruch nehmen.

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

Die Bestrahlungsdauer pro Sitzung beträgt einige Minuten, kann sich aber auch bis zu Stunden erstrecken.

Während der eigentlichen Bestrahlung sind Sie alleine im Bestrahlungsraum. Sie stehen allerdings über eine Sprech- und Videoanlage direkt mit dem Behandlungsteam in Verbindung. Das Team besteht aus dem Strahlentherapeuten, sowie speziell für die Strahlentherapie ausgebildeten Medizinisch-Technischen Assistenten und ggf. einem Medizinphysiker. Während der Bestrahlung müssen Sie unbedingt ruhig liegen.

Bei Kindern kann aufgrund der nötigen Ruhigstellung daher eine Narkose erforderlich sein.

ALTERNATIV-VERFAHREN

Gefäßmissbildungen können auch operativ oder durch einen Kathetereingriff behandelt oder auch nur beobachtet werden. Ihr Arzt erklärt Ihnen gerne, welches Vorgehen bei Ihnen empfehlenswert ist.

Zur Behandlung von Tumoren steht heute ebenfalls eine ganze Reihe von Verfahren zur Verfügung, welche je nach Tumorart und Tumorstadium auch in Kombination zum Einsatz kommen. Ihr Arzt erläutert Ihnen, welche Behandlung für Ihre Tumorerkrankung am besten geeignet ist. **Mögliche Behandlungsalternativen sind:**

ERFOLGSAUSSICHTEN

Die stereotaktische Strahlentherapie ist ein sehr modernes und hocheffektives Verfahren in der Tumorbehandlung/Behandlung von Gefäßmissbildungen. Durch die sehr gezielte Bestrahlungstechnik und den zusätzlichen Einsatz von Medikamenten konnten die Erfolgsaussichten in den letzten Jahren erheblich verbessert werden. Gleichzeitig lassen sich mögliche Nebenwirkungen der Strahlentherapie heute besser behandeln. Welche Erfolgsaussichten die Strahlentherapie in Ihrem speziellen Fall hat, wird Ihr Arzt individuell mit Ihnen besprechen.

VERHALTENSINSHWEISE

Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Arztes und des Pflegepersonals genauestens. Falls nichts anderes angeordnet, beachten Sie bitte die folgenden Verhaltenshinweise:

Vor der Bestrahlung:

Falls vorhanden, bringen Sie bitte vorangegangene Röntgenaufnahmen, MRT-, CT-Bilder bzw. Vorbefunde mit.

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.

Durch die Strahlentherapie und/oder eine begleitende Chemotherapie kann es zu einer **Einschränkung der Fortpflanzungsfähigkeit** kommen. Falls Kinderwunsch besteht, besprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt die Möglichkeit, Samenflüssigkeit oder Eizellen einzufrieren.

Nach der Bestrahlung/Während der Bestrahlungsreihe:

Akute Nebenwirkungen sind häufig so gering ausgeprägt, dass eine Einschränkung des täglichen Lebens nur selten notwendig ist.

Ggf. erhalten Sie als **Begleittherapie Cortison**, um einer Schwellung im Gehirn vorzubeugen.

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 nur die verordneten Cremes, Salben und Puder.

Vor allem während der Frühlings- und Sommermonate sollte eine **direkte Sonneneinstrahlung vermieden** und eine **Kopfbedeckung** getragen werden.

Bitte informieren Sie **sofort** Ihren Arzt oder suchen Sie die Klinik auf, falls **Fieber, starke Hautreaktionen, Entzündungen, starke Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Sehstörungen, Krampfanfälle, Lähmungserscheinungen, Sensibilitätsstörungen** oder andere Beschwerden auftreten. Diese erfordern ggf. eine weitere Abklärung oder eine Behandlung z. B. mit Kortison oder Mannitollösung.

Im Falle einer **ambulanten/teilstationären Behandlung** kann Ihre Straßenverkehrstauglichkeit eingeschränkt sein. Sie sollten dann für den angegebenen Zeitraum **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen** und keine **gefährlichen Tätigkeiten** ausüben. Insgesamt sollten Sie sich während der Bestrahlungsreihe körperlich schonen; bei Fragen hierzu halten Sie bitte Rücksprache mit Ihrem Arzt.

Während und ggf. auch für eine gewisse Zeit nach einer Strahlentherapie sollte sicher **verhütet** werden, da es durch die Strahlung zur Schädigung der Keimzellen (Samen-, Eizellen) und des Embryos kommen kann.

RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Es ist allgemein bekannt, dass **jede medizinische Behandlung Risiken birgt**. Kommt es zu Komplikationen, können diese zusätzliche Behandlungsmaßnahmen oder Operationen erfordern, im Extremfall im weiteren Verlauf auch einmal **lebensbedrohlich** sein oder bleibende Schäden hinterlassen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Sie aus rechtlichen Gründen über alle bekannten behandlungsspezifischen Risiken informieren müssen, auch wenn diese z. T. nur in Ausnahmefällen eintreten. 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 sind bei der stereotaktischen Strahlentherapie nicht sehr häufig. 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. Dabei ist auch nicht immer festzustellen, ob diese von der Bestrahlung oder dem Tumor selbst stammen.

Eine häufige Nebenwirkung der Bestrahlung ist eine **Hautrötung** und **trockene Schuppung** im Bereich der Bestrahlungsfelder. Gleichzeitig tritt meist **Haarausfall** im Bestrahlungsgebiet auf. Beides bildet sich nach Abschluss der Behandlung deutlich zurück. Selten kommt es zu **bleibenden Hautveränderungen** wie Braunverfärbung oder einer Verdünnung, Verhärtung und Schrumpfen des Unterhautgewebes. Bleibender Haarausfall kann auftreten, wenn die Strahlendosis in bestimmten Bereichen erhöht war.

Es können **Kopfschmerzen** mit **Übelkeit, Erbrechen** und **Krampfanfälle** auftreten. Dies kann durch die Gabe von Medikamenten meist gut behandelt werden. Desweiteren kann es zu **Müdigkeit** und **Appetitlosigkeit** kommen.

Liegt die Hirnanhangdrüse (Hypophyse) im Bestrahlungsgebiet, kann es zu einer **Beeinträchtigung des Hormonhaushaltes** kommen, da diese die zentrale Steuerung der Hormonbildung ist. Dies kann zu Störungen der Schilddrüsenfunktion, des Wasserhaushaltes, der Geschlechtsfunktion und des Wachstums bei Kindern führen. Ihr Arzt wird mit Ihnen besprechen, ob eine regelmäßige Überwachung notwendig ist. Dadurch können Ausfälle rechtzeitig erkannt und durch entsprechende Medikamente ausgeglichen werden.

Es kann zu **Hirnleistungsstörungen** mit Beeinträchtigungen der Konzentrations- und Merkfähigkeit kommen. Im Extremfall kann es zu Lähmungen oder Sprachstörungen kommen. Das Risiko ist individuell je nach Alter, Tumorart und Therapie sehr unterschiedlich. Bei Kindern kann es zur Verschlechterung der schulischen Leistungen kommen. Spätfolgen können **geistige Verlangsamung** und **schnelle Ermüdbarkeit** sein.

Werden die Augen oder die Sehnerven mit bestrahlt, kann es zu einer **Trübung der Augenlinse**, zur **Reizung der Bindehaut** oder zu einer **Schädigung der Sehnerven** kommen. Im Extremfall kann es dadurch zur Erblindung kommen. Eine getrübe Augenlinse kann, wie beim grauen Star, entfernt oder ausgetauscht werden.

Liegt das Innenohr im Bestrahlungsfeld, kann es zur **Verschlechterung des Gehörs** bis hin zur **Taubheit** im betroffenen Ohr und **Schwindel** kommen.

Es kann sich ein unnatürlicher Verbindungsgang zwischen Hirnwasserraum und Nase oder Ohr ausbilden (**Liquoristel**), welche ggf. operativ verschlossen werden muss.

Wasseransammlungen im Gehirn (Hirnödem) können eine dauerhafte medikamentöse Behandlung erfordern.

Das **Absterben von Hirngewebe, Weichteil- oder Knorpelgewebe** im Bestrahlungsgebiet ist möglich.

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

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, Spritzenabzess 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.

Vor allem bei einer Kombination mit einer Chemotherapie kann es vorübergehend zu **Veränderungen des Blutbildes** mit Abfall der weißen und roten Blutkörperchen kommen. Dann ist das Infektionsrisiko erhöht und es müssen ggf. Fremdblutbestandteile verabreicht werden.

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

Letztendlich kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass durch die Strahlentherapie auch einmal eine **Blutung** aus einer **Gefäßmissbildung** ausgelöst wird.

Durch das Anbringen des **Stereotaxie-Ringes** kann es zu **Infektionen** kommen. Diese sind in den meisten Fällen mit Antibiotika gut behandelbar. Selten ist eine operative Behandlung erforderlich. In Ausnahmefällen kann eine nicht beherrschbare Infektion zu einer **lebensgefährlichen Blutvergiftung** (Sepsis) führen. Auch Blutungen oder **Wundheilungsstörungen** mit überschießender, kosmetisch störender Narbenbildung können 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 Behandlungsrisiko 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? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Chemotherapie durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Erhielten Sie eine andere medikamentöse Tumorbehandlung, z. B. mit Antikörpern? 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: _____

Stoffwechsel-Erkrankungen? ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit), Gicht.



Sonstiges: _____

Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung? ja nein

- Erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung),
 Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken, auch ohne besonderen Anlass)

Leiden Sie an einer angeborenen oder erworbenen Immunschwäche? ja nein

Wenn ja, welche: _____

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

- Stereotaktische Radiotherapie (Bestrahlungsreihe)**
 Radiochirurgie (Einmalbestrahlung)
 Primäre Hirntumore **Meningeome**
 Craniopharyngeom **Akustikusneurinom**
 Hirnmetastasen **Gefäßmissbildungen (AVM)**

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

Wer ist Ihr Hausarzt / weiter betreuender Arzt?

Name _____ Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____ Telefonnummer _____

Ablehnung des/der Patienten/in/der Eltern

Frau/Herr Dr. _____ hat mich/uns umfassend über die Bestrahlung und über die sich aus meiner/unsere Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich/Wir habe/n die diesbezügliche Aufklärung verstanden und lehne/n die vorgeschlagene Bestrahlung ab.

Ort, Datum, Uhrzeit

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

Erklärung und Einwilligung des/der Patienten/in/der Eltern

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

- Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe/n.** Diesen Aufklärungsbogen (4 Seiten) habe/n ich/wir vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. _____ wurde/n ich/wir über den Ablauf der geplanten Bestrahlung, deren Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall/im speziellen Fall unseres Kindes und über die Vor- und Nachteile der Alternativmethoden umfassend informiert.
 Ich/Wir verzichte/n bewusst auf eine ausführliche Aufklärung. Ich/Wir bestätige/n hiermit allerdings, dass ich/wir von dem behandelnden Arzt über die Erforderlichkeit der Bestrahlung, deren Art und Umfang sowie über den Umstand, dass die Behandlung Risiken birgt, informiert wurde/n.

Ich/Wir versichere/n, dass ich/wir keine weiteren Fragen habe/n und keine zusätzliche Bedenkezeit benötige/n. Ich/Wir stimme/n der vorgeschlagenen Bestrahlung zu. Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese)/der Krankengeschichte unseres Kindes habe/n ich/wir nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

Ich/Wir versichere/n, dass ich/wir in der Lage bin/sind, 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 / der Erziehungsberechtigten* / Betreuer / Vormund

Kopie: erhalten verzichtet

Unterschrift der Patientin / des Patienten / der Erziehungsberechtigten / Betreuer / Vormund

