

Klinik / Praxis



Patientendaten:

Tumor in _____
 Metastase in _____
Sonstiges: _____

Stereotaktische Radiotherapie (Bestrahlungsserie)
 Radiochirurgie (Einmalbestrahlung)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

bei Ihnen/Ihrem Kind ist die stereotaktische Bestrahlung eines Tumors oder von Tumorabsiedlungen (Metastasen) geplant.

Diese Informationen dienen zur 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.

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 kann die nötige Strahlendosis in einer einmaligen Sitzung verabreicht werden (Radiochirurgie).

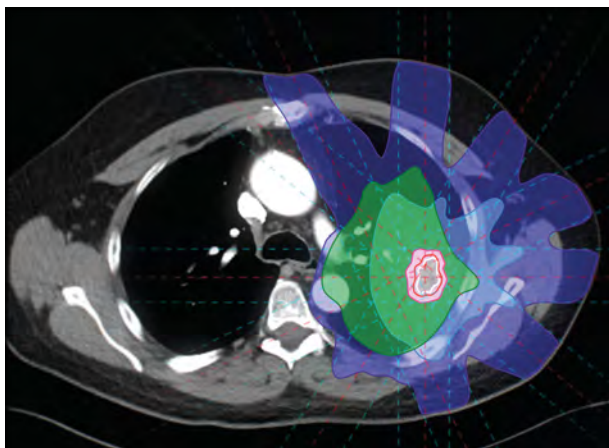


Abb.: Stereotaktische Bestrahlung eines Lungentumors

In Abhängigkeit von der Lage und der Größe des Krankheitsherd wird der behandelnde Arzt individuell entscheiden, ob eine Einmalbestrahlung 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.

Die Strahlentherapie wird häufig mit einer medikamentösen Therapie, z. B. mittels Chemotherapie, Hormontherapie und Antikörpern, verknüpft. 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 Krankheitsherd 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-, Magnetresonanz- oder Positronenemissionstomographie (PET) durchgeführt. Es kann notwendig sein, dass dabei Kontrastmittel gegeben wird.

Damit Sie exakt liegen und die Bestrahlung genau eingestellt werden kann, sind sogenannte Lagerungshilfen notwendig. Diese sind z. B. Keilkissen, Vacuummatratzen oder andere Halterungen, die individuell für Sie angefertigt werden. Im Rahmen der Planung werden die Bestrahlungsfelder ggf. auf Ihre Haut übertragen.

In einigen Fällen werden auch Marker direkt in den Tumorbereich implantiert. Darüber werden Sie, genauso wie über eine dafür ggf. erforderliche Regionalanästhesie oder Narkose, gesondert aufgeklärt.

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 Tumorsitu-

ation erfolgt die Strahlentherapie ambulant oder (teil-)/stationär. Während der einzelnen Bestrahlungen wird in der Regel folgen-dermaßen 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, Ultraschall oder einem Kurz-CT direkt am Bestrahlungsgerät überprüft. Um auch Ihre Atembewegungen bei der Bestrahlung zu berücksichtigen werden Ihre Atemphasen z. B. mit einer Infrarotkamera oder einem Spirometer registriert. Es kann bei der Bestrahlung dann notwendig sein, dass Sie einen festgelegten Atemrhythmus einhalten müssen oder Atemkommandos erhalten. Dadurch kann das Bestrahlungsgerät mit Ihren Atembewegungen mitgeführt werden oder die Bestrahlung erfolgt immer in einer bestimmten Atemphase.

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

Zur Behandlung von Tumoren steht heute 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 modernes und hoch-effektives Verfahren in der Tumorbehandlung. 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.

VERHALTENSINWEISE

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 Ihrer 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.

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** werden.

Bitte informieren Sie **sofort** Ihren Arzt oder suchen Sie die Klinik auf, falls **Fieber, starke Hautreaktionen, Entzündungen, Übelkeit, Erbrechen** oder andere Beschwerden auftreten. Diese erfordern ggf. eine weitere Abklärung oder Behandlung.

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

Bei Mitbestrahlung der Speiseröhre können vorübergehend **Schluckbeschwerden** und **Sodbrennen** auftreten. Langfristig kann es zu einer **Verengung der Speiseröhre** oder zur Bildung einer Fistel, z. B. zur Luftröhre, kommen.

Bei Bestrahlung der Lunge kann sich die Luftröhre entzünden und **Hustenreiz, Probleme beim Atmen** und eine **übermäßige Schleimbildung** sowie eine Ansammlung von **Flüssigkeit unter dem Rippenfell** (Pleuraerguss) verursachen. Auch kann es zu einer **Vernarbung** der bestrahlten **Lungenanteile** (Fibrose) und zu wiederkehrenden Entzündungen führen. Dies kann eine medikamentöse Behandlung erforderlich machen.

Bei Mitbestrahlung des Herzens kann es zu Durchblutungsstörungen am Herzen und einer **Schädigung des Herzmuskels und der Herzkranzgefäße** mit Herzschwäche, Brustenge (Angina pectoris), **Herzrhythmusstörungen** und einer Ansammlung von Flüssigkeit im Herzbeutel kommen.

Das **Absterben von Weichteil- oder Knochengewebe** im Bestrahlungsgebiet ist möglich.

Bei Mitbestrahlung von Nervengeflechten bzw. des Rückenmarks kann es zu bleibenden **Nervenschwächen** oder **Lähmungen** der Beine, der Blase, bzw. der Schließmuskeln von Blase oder After, im Extremfall bis hin zur **Querschnittslähmung**, kommen.

Bei Kindern kann es im Bestrahlungsgebiet zu **Wachstumsstörungen** oder einer **Verkrümmung** der **Wirbelsäule** kommen.

Die **Leber** kann sich durch eine Bestrahlung **entzünden**, was zu Funktionsstörungen wie Übelkeit, hellem Stuhl und dunklem Urin führen kann. Ein **Aufstau von Gallenflüssigkeit** durch einen Gallengangverschluss muss ggf. durch Punktion oder einen operativen Eingriff behoben werden. Eine **Leberzirrhose** mit bleibendem Funktionsverlust der Leber und Bildung von Bauchwasser (Aszites) ist möglich.

Bei Bestrahlung des Magens kann es zu **Magenkrämpfen** und **Magengeschwüren** sowie chronischen Magenbeschwerden kommen.

Bei Mitbestrahlung des Darmes kann es zur **Entzündung** der betroffenen **Darmbereiche** mit Blähungen, Durchfall, manchmal mit Krämpfen und Schleim- oder Blutabgängen kommen. Meist sind diese Beschwerden mit Medikamenten gut behandelbar. Im Extremfall kann eine Unterbrechung der Strahlentherapie notwendig werden. Verwachsungen nach Entzündungen können zu einem **Darmverschluss** führen. Eine Operation ggf. mit Anlage eines **künstlichen Darmausganges** kann dann erforderlich sein. Chronische Verdauungsbeschwerden mit Durchfällen und Enddarmreizungen sind möglich.

Bei einer Bestrahlung im Becken kann es zu einer **Entzündung der Harnblase** mit häufigem Harndrang, Blut im Urin oder auch erschwelter Harnentleerung kommen. Dies kann durch Medikamente und ausreichendes Trinken gemildert werden. Als Spätfolge kann es zu einer Vernarbung und **Verengung der Harnröhre** bzw. der **Harnleiter** oder zu einer **Schrumpfung** der **Blase** oder **Niere** mit **Verlust der Nierenfunktion** kommen. Bei **Frauen** kann es zu einer **Beeinträchtigung der Scheide** durch eine akute Entzündung oder zu Trockenheit bis hin zum Verkleben oder Schrumpfen kommen, sodass Geschlechtsverkehr erschwert oder unmöglich wird. Bitte sprechen Sie mit Ihrem Arzt über Maßnahmen, die dies verhindern können.

Werden die Eierstöcke mitbestrahlt, verlieren diese ihre Fähigkeit, Hormone zu produzieren und es kommt zu **vorzeitigem Wechseljahren** mit **Unfruchtbarkeit** und **Ausbleiben der Monatsblutung**. Die Einnahme von Eierstockhormonen ist dann in Absprache mit dem behandelnden Arzt u. U. möglich. Falls Kinderwunsch besteht, kann versucht werden die Eierstöcke mittels Operation aus dem Bestrahlungsfeld zu verlagern oder Eizellen vor der Behandlung einzufrieren. Besprechen Sie dies bitte mit Ihrem Arzt.

Bei Männern kann es bei einer Bestrahlung im Becken zur **Beeinträchtigung der Erektionsfähigkeit** (Gliedsteife) und zur **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.

Im Bestrahlungsgebiet kann es zur Bildung von unnatürlichen Verbindungen (**Fistelgängen**), z. B. zwischen verschiedenen Darmschlingen, kommen. Diese müssen dann ggf. operativ verschlossen werden.

Durch die Bestrahlung kann der Lymphabfluss behindert werden, sodass es zu **Schwellungen** der Arme oder Beine kommt. Dann ist ggf. eine Entlastung durch Lymphdrainagen sowie das Tragen eines Kompressionsstrumpfes erforderlich. Auch die Bildung von **Aussackungen der Lymphgefäße** (Lymphozelen) ist möglich. Diese rufen in der Regel keine Beschwerden hervor. Gelegentlich kann es zu Entzündungen und Druckgefühl kommen.

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, 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.

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.

Es gibt Hinweise, dass sich durch eine Bestrahlung **Blutgerinnsel (Thromben)** bilden und einen Gefäßverschluss verursachen können. Die Gerinnsel können auch verschleppt werden und die Blutgefäße anderer Organe verschließen (**Embolie**). Dadurch kann es z. B. zu **Schlaganfall, dialysepflichtigem Nierenversagen** oder **Lungenembolie** mit bleibenden Schäden kommen. Werden zur Vorbeugung blutgerinnungshemmende Mittel verabreicht, vergrößert sich das Blutungs- bzw. Nachblutungsrisiko. Bei Gabe von Heparin kann es zu einer schwerwiegenden Immunreaktion (HIT) mit Verklumpen der Blutplättchen (Thrombozyten) und Gefäßverschlüssen in Venen und Arterien kommen.

Je nach **Bestrahlungsbereich** können noch **weitere Risiken** und **Nebenwirkungen** auftreten, über welche Sie Ihr Arzt im Gespräch informieren wird.

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

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? ja nein

Wenn ja, bitte Herzschrittmacherausweis mitbringen.

Haben Sie eine künstliche Herzklappe? ja nein

Wurden Sie schon einmal im Bestrahlungsbereich operiert? ja nein

Liegen oder lagen nachstehende 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: _____

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

Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch

Wird vom Arzt ausgefüllt

Über folgende Themen (z. B. mögliche Komplikationen, die sich aus den spezifischen Risiken beim Patienten oder dem Bestrahlungsbereich 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:

Spezielle Risiken im geplanten Bestrahlungsbereich:

- Stereotaktische Radiotherapie (Bestrahlungsserie)
- Radiochirurgie (Einmalbestrahlung)
- Tumor in _____
- Metastase in _____

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 mit einer Betreuungsurkunde 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.

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

Frau/Herr Dr. _____ hat mich umfassend über die 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 / Eltern*/ 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 (5 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 Behandlung Risiken birgt, informiert wurde.

Ich versichere, dass ich keine weiteren Fragen habe und keine zusätzliche Bedenkenzeit 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 Patientin / Patient / Eltern*/ Betreuer / Vormund

Kopie: erhalten

verzichtet

Unterschrift Patientin / Patient / Eltern / Betreuer / Vormund

*Unterschreibt nur ein Elternteil, so erklärt dieser mit seiner Unterschrift, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder er im Einverständnis mit dem abwesenden Elternteil handelt.