

Klinik / Praxis



Patientendaten:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

bei Ihnen/Ihrem Kind soll zur Behandlung einer Leukämie, eines Lymphoms oder einer anderen Tumorerkrankung eine Ganzkörperbestrahlung in Kombination mit einer Hochdosischemotherapie und anschließender Stammzelltransplantation durchgeführt werden. 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 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 vorgeschlagene Bestrahlung erteilen. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

FUNKTIONSWEISE DER STRAHLENTHERAPIE

In manchen Fällen können bei einer Krebserkrankung trotz Chemotherapie bösartige Zellen zurückbleiben. Diese verursachen ein Wiederauftreten der Erkrankung. Mit einer Ganzkörperbestrahlung sollen die verbliebenen Tumorzellen abgetötet werden. Tumorzellen sind Zellen, die sich unkontrolliert teilen und vermehren. In der Regel sind Tumorzellen dabei empfindlicher gegenüber Strahlung als das normale Gewebe. Dies nützt die Strahlentherapie aus. Das gesunde Gewebe kann sich wieder erholen, während die Krebszellen absterben. Durch die Ganzkörperbestrahlung werden aber auch die für die Blutbildung wichtigen Stammzellen im Knochenmark zum größten Teil abgetötet. Deshalb muss nach der Chemotherapie und Ganzkörperstrahlentherapie eine Knochenmarks- oder Stammzellübertragung durchgeführt werden, um die Blutbildung wieder zu ermöglichen. Ohne die Übertragung käme es zu lebensbedrohlichen Blutbildveränderungen. Auch das körpereigene Immunsystem wird durch die Ganzkörperstrahlentherapie ausgeschaltet, so dass die anschließend transplantierten Stammzellen nicht abgestoßen werden.

PLANUNG DER BESTRAHLUNG

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

Für die Ganzkörperbestrahlung gibt es verschiedene Bestrahlungstechniken. Dabei soll eine möglichst gleichförmige Verteilung der Strahlendosis in allen Körperregionen erreicht werden. Die Bestrahlung kann im Liegen aber auch im Sitzen erfolgen. Damit Sie jeden Tag exakt identisch positioniert werden können, sind sogenannte Lagerungshilfen notwendig. Diese sind z. B. Keilkissen, Vakuummatratzen oder andere Halterungen, die individuell für Sie angefertigt werden. Zum Schutz Ihrer Lunge kann ab einer gewissen Strahlendosis eine Abschirmung individuell für Sie angefertigt werden. Dies ist auch nötig, wenn andere Organe speziell geschont werden müssen.

ABLAUF DER BESTRAHLUNG

Der Rhythmus der Bestrahlungen wird Ihrer speziellen Situation angepasst. Üblicherweise wird 1 bis 2 mal täglich und insgesamt 5 bis 6 mal bestrahlt. Ihr Arzt erstellt Ihnen hierfür einen Bestrahlungsplan. Während der Bestrahlungen wird in der Regel folgendermaßen vorgegangen:

Zunächst werden Sie mit den Lagerungshilfen sowie den im Bestrahlungsraum angebrachten Laserstrahlen in die bei der Planung festgelegte Position gebracht.

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 Sprechanlage und eine 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. Die Bestrahlungsdauer pro Sitzung beträgt Sekunden bis mehrere Minuten.

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

ALTERNATIV-VERFAHREN

Zur Behandlung stehen heute eine ganze Reihe von Verfahren zur Verfügung, welche je nach Art der Erkrankung auch in Kombination zum Einsatz kommen. Zu nennen sind hierbei, neben der Strahlen- und Chemotherapie, auch gezielte molekulare Therapieverfahren. Falls in Ihrem Fall noch Alternativverfahren in Frage kommen, wird Sie Ihr Arzt darüber informieren.

Mögliche Behandlungsalternativen sind:

ERFOLGSAUSSICHTEN

Mit einer Hochdosischemotherapie und zusätzlicher Ganzkörperbestrahlung kann bei Patienten eine Heilung erreicht werden, die anders nicht zu erzielen ist. Aufgrund der notwendigen intensiven Behandlung kommt es aber in jedem Fall zu starken, mitunter auch lebensgefährlichen Nebenwirkungen.

Durch Verbesserung in der Bestrahlungstechnik und den zusätzlichen Einsatz von Medikamenten lassen sich jedoch die Nebenwirkungen der Strahlentherapie heute besser behandeln.

Welche Erfolgsaussichten die Ganzkörper-Strahlentherapie, Hochdosischemotherapie und Knochenmarks- oder Stammzelltransplantation in Ihrem speziellen Fall hat, wird Ihr Arzt individuell mit Ihnen besprechen.

VERHALTENSINWEISE

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

Vor der Bestrahlung:

Bereits bei der Planung der Radiochemotherapie werden bei Ihnen wichtige **Organfunktionen überprüft**. U.U. können noch weitere Funktionsprüfungen für Herz, Lunge oder Nieren notwendig sein.

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 noch **Kinderwunsch** besteht, sprechen Sie mit Ihrem Arzt über die Möglichkeit Eizellen oder Spermien einzufrieren.

Während der Bestrahlungsserie:

Die akuten Nebenwirkungen wie **Übelkeit** können durch Medikamente gut beherrscht werden. Bei Bedarf muss u. U. zusätzlich eine unterstützende **Ernährungstherapie** bzw. **Schmerztherapie** eingeleitet werden.

In der Regel wird die Bestrahlung **stationär** durchgeführt.

Bitte vermeiden Sie **mechanische Reize** der Haut z. B. durch zu eng sitzende Kleidung. 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. Meiden Sie auch direkte **Sonneneinstrahlung, Kälte- oder Wärmeanwendungen**.

Bitte **verzichten** Sie auf **Rauchen** und **Alkohol**, da dadurch die Nebenwirkungen verstärkt werden.

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

Zur Verminderung der **Schleimhautreizungen** können zusätzliche Maßnahmen notwendig werden. Verdauungsprobleme wie **Krämpfe** oder **Durchfälle** bzw. Reizungen der Blase können in der Regel mit Medikamenten gut behandelt werden.

Bitte informieren Sie sofort Ihren Arzt, falls **Fieber, starke Hautreaktionen, Entzündungen, starke Übelkeit, Verdauungsstörungen, Durchfall, Schmerzen, Gewichtsabnahme, Anschwellen von Arm/Bein, Venenentzündung** oder andere Beschwerden auftreten.

Im Falle einer **ambulantenteilstationären 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 Bestrahlungsserie körperlich schonen, bei Fragen hierzu halten Sie bitte Rücksprache mit Ihrem Arzt.

Nach der Bestrahlungsserie:

Um Infektionen vorzubeugen, befinden Sie sich während des anschließenden Krankenhausaufenthaltes in den ersten Wochen in einem speziellen **keimarmen Isolierzimmer**. Von Ihrem Arzt werden Sie informiert, wie Sie sich nach der Behandlung zu verhalten haben. Auf Grund des erhöhten Infektionsrisikos müssen Sie die Anweisungen bezüglich **Kleidung, Hygiene** und **Umkehrisolation** unbedingt befolgen. Bitte klären Sie für sämtliche verwendeten Hygieneprodukte, ob diese verwendet werden dürfen.

Bakterielle Infektionen, z. B. der Haut, Weichteile oder Harnwege, sowie auftretendes **Fieber** müssen aufgrund des geschwächten Immunsystems frühzeitig mit **Antibiotika** behandelt werden.

Durch die stark erhöhte Infektanfälligkeit sollten Sie/Ihr Kind für mehrere Monate nach der Behandlung **große Menschenansammlungen und Personen mit ansteckenden Krankheiten meiden**. Das Tragen eines Mundschutzes kann sinnvoll sein. Ihr Arzt wird Ihnen hierzu genaue Anweisungen geben. Es sollte

auch der **Umgang mit frischer Erde, Schnittblumen** etc. vermieden werden. Außerdem ist eine spezielle **keimarme Kost** erforderlich. Fragen Sie auch nach weiteren, ggf. in Ihrem speziellen Fall/im speziellen Fall Ihres Kindes nötigen Vorsichtsmaßnahmen.

In der Regel werden Sie durch die Behandlung unfruchtbar. Aber auch wenn die Wahrscheinlichkeit für eine Schwangerschaft sehr gering ist, sollten Sie für mindestens 2 Jahre nach der Ganzkörperstrahlentherapie sicher **verhüten**.

Jedem Krebspatienten wird eine **psychoonkologische Betreuung** sowie eine **Reha-Maßnahme** angeboten. Des Weiteren existieren zahlreiche **Selbsthilfegruppen**. Ihr Arzt wird Ihnen hierzu gerne weitere Informationen geben.

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 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.

Vorübergehend können **Übelkeit** und **Erbrechen** auftreten. Dies kann durch die Gabe von Medikamenten meist gut behandelt werden. Manchmal kommt es auch zu **Müdigkeit** und **Appetitlosigkeit**.

Eine häufige Nebenwirkung der Bestrahlung ist eine **Rötung** und **trockene Schuppung** der Haut und eine **Schwellung** und **schmerzhafte Entzündung** der Schleimhäute oder Muskeln. Diese Beschwerden bilden sich nach Abschluss der Strahlentherapie meist zurück.

Es kann zu **bleibenden Hautveränderungen** wie Braunverfärbung, Erweiterung kleiner Blutgefäße, einer Verdünnung der Haut, Verhärtung und Schrumpfen des Unterhautgewebes oder zur **Geschwülbildung** kommen. Eine **Verhärtung, Vernarbung** oder **Abbau von Muskeln** kann zu Bewegungseinschränkungen führen. Die **Behaarung** kann dauerhaft ausfallen.

Durch die Bestrahlung kann es zu Beschwerden wie **Husten, Luftnot** (Lungenfibrose), **Schluckstörungen, Sodbrennen** oder **Magengeschwüren** kommen. **Durchblutungsstörungen** können sich verschlechtern und z. B. am Herzen zu **Herzrhythmusstörungen, Herzenge** (Angina pectoris) oder einem **Herzinfarkt** führen. Auch **Entzündung des Darms** mit Blähungen, Durchfall, manchmal mit Krämpfen und Schleim- oder Blutabgängen können auftreten. Meist sind diese Beschwerden mit Medikamenten gut behandelbar.

Bei einer strahlenbedingten **Entzündung der Harnblase** kann es zu häufigem Harndrang, Blut im Urin oder auch zu einer erschwerten 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 **Niere** mit dialysepflichtigem **Verlust der Nierenfunktion** kommen.

Durch die Bestrahlung der Eierstöcke 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.

Bei Männern kann es zur dauerhaften **Zeugungsunfähigkeit** kommen. Dennoch ist die Entstehung einer Schwangerschaft nicht unmöglich und es darf auf Verhütung nicht verzichtet werden.

Durch die Bestrahlung der Schilddrüse kann es zu einer Verminderung bis hin zum **Ausfall der Produktion von Schilddrüsenhormonen** kommen, was dann eine lebenslange Schilddrüsenhormon-Einnahme erfordert.

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

Es kann zu einer **Trübung der Augenlinse** (grauer Star) kommen. Eine getrübbte Augenlinse kann durch einen operativen Eingriff ausgetauscht werden.

Durch die Bestrahlung von Nervengeflechten oder des Rückenmarks kann es zu bleibenden **Nervenschwächen** oder **Lähmungen**, im Extremfall bis hin zur **Querschnittslähmung**, kommen.

Bei Kindern kann es zu **Wachstumsstörungen** und **Verkrümmungen von Knochen** kommen.

Durch die Kombination mit einer Hochdosischemotherapie kommt es durch die Beseitigung der Knochenmarkszellen zu **Veränderungen des Blutbildes** mit Abfall der weißen und roten Blutkörperchen sowie der Blutplättchen. Dann ist das Infektions- und Blutungsrisiko stark erhöht. Durch die Knochenmarks- bzw. Stammzelltransplantation normalisiert sich die Blutbildung innerhalb weniger Wochen wieder. Kommt es zu einem starken Absinken bestimmter Blutbestandteile, müssen Fremdblutbestandteile verabreicht werden. Dadurch kann es sehr selten zu Infektionen z. B. mit Hepatitis-Viren

(Leberentzündung), äußerst selten mit HIV (AIDS), BSE-Erregern (Hirnerkrankung) oder anderen gefährlichen – auch unbekannt – Erregern kommen. Auch ein Lungenödem mit Lungenversagen, eine Verschlechterung der Nierenfunktion oder andere gefährliche Immunreaktionen können ausgelöst werden. Nach einer Blutübertragung kann eine Kontrolluntersuchung im Abstand von einigen Wochen ratsam sein, um eine Übertragung von HIV oder Hepatitis-Viren mit letzter Sicherheit ausschließen zu können.

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 weiteren **Tumor** oder **Leukämie** zu erkranken, geringfügig erhöht. Bei späteren Eingriffen können **Wundheilungsstörungen** auftreten.

Es können sich **Blutgerinnsel (Thromben)** bilden und einen Gefäßverschluss verursachen. 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. Selten kommt es zu einem **Verschluss der Lebervenen**.

Da der gesamte Körper bestrahlt wird, kann es auch in anderen Organen/Körperbereichen zu Nebenwirkungen und Komplikationen kommen.

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 Risiko 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

Besteht noch Kinderwunsch? ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? ja nein

Haben Sie eine künstliche Herzklappe? 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, an welcher? _____

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

Stoffwechsel-Erkrankungen? Diabetes (Zuckerkrankheit), Gicht.

Sonstiges: _____

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.

Sonstiges: _____

Schilddrüsenerkrankungen? Unterfunktion, Überfunktion, Basedowsche Krankheit, Knoten, Kropf.

Sonstiges: _____

Infektionskrankheiten? Hepatitis, Tuberkulose, HIV.

Sonstiges: _____

Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?

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:

Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:

- Die Patientin/Der Patient besitzt die Fähigkeit, eine eigenständige Entscheidung über die Bestrahlung zu treffen und ihre/seine Einwilligung in die Bestrahlung zu erteilen.
- Die Patientin/Der Patient wird von einem Betreuer mit einem die Gesundheits Sorge umfassenden Betreuerausweis oder einer Vertrauensperson mit einer Vorsorgevollmacht 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.
- Betreuerausweis Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung _____ liegt vor.
- Da im vorliegenden Fall die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren gesundheitlichen Schaden erleidet, und eine Patientenverfügung nicht vorliegt, wurde die Genehmigung des Betreuungsgerichts eingeholt.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Ablehnung der Patientin/des Patienten/der Eltern

Frau/Herr Dr. _____ hat mich/uns umfassend über die bevorstehende Behandlung und über die sich aus meiner/ unserer 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 / Eltern* / Betreuer / Vormund / ggf. des Zeugen

Erklärung und Einwilligung Patientin/Patient/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 Behandlung, 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 Behandlung, deren Art und Umfang sowie über den Umstand, dass die Behandlung Risiken birgt, sowie über mögliche Alternativen 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 Ganzkörperbestrahlung zu. Ich/Wir willige/n ebenfalls in alle notwendigen Neben- und Folgemaßnahmen ein. Die Fragen zu meiner Krankengeschichte/der Krankengeschichte (Anamnese) 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.

Im Falle einer Wahlleistungsvereinbarung (sog. Chefarztbehandlung) erstreckt sich die Einwilligung auch auf die Durchführung der Maßnahmen durch die in der Wahlleistungsvereinbarung benannten ständigen ärztlichen Vertreter des Wahlarztes.

- 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

Kopie: erhalten verzichtet

Unterschrift Kopieerhalt/-verzichtet

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