



## Radiologische Gemeinschaftspraxis

Dres. med. May – Dr. med. Rausch – Dr. med. Strecker

Friedrichstrasse 2 – 40217 Düsseldorf

Abteilung : Strahlentherapie

Patientenetikett

Düsseldorf, den \_\_\_\_\_ Beginn Gespräch: \_\_\_\_\_ Ende Gespräch: \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung Bestrahlung gutartiger Erkrankungen

Hierdurch erkläre ich mich mit der Durchführung einer Strahlentherapie einverstanden.

Über die Notwendigkeit der Behandlung und die möglichen Nebenwirkungen, bzw. Risiken und Spätfolgen wurde ich durch:

Dr. med. \_\_\_\_\_

unterrichtet.

Ich habe den Inhalt des Gesprächs verstanden und habe keine weiteren Fragen.

Bei mir ist eine Bestrahlung \_\_\_\_\_ vorgesehen.

Es sind folgende Nebenwirkungen besonders zu erwähnen:

- Risiko der Tumorentstehung
- Verstärkung der Beschwerden während der Therapie
- Einschränkung der Zeugungsfähigkeit
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ich verzichte auf weitere Bedenkzeit und bin mit dem Beginn der Bestrahlung heute, am Tag der Aufklärung, einverstanden.

Hiermit erkläre ich, dass bei mir keine Schwangerschaft besteht und mir bekannt ist, dass eine Schwangerschaft während der Therapie mit Risiken (Fruchtschädigung) verbunden ist

Ich verzichte auf die Aushändigung einer Kopie des Aufklärungsbogens

Die Kopie des Aufklärungsbogens habe ich erhalten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes