

ZUSTIMMUNG ZUR AMBULANTEN RADIOMETABOLISCHEN THERAPIE MIT JOD 131 ZUR BEHANDLUNG DER HYPERTHYREOSE

Ich _____

geboren in _____ am _____

erkläre hiermit, dass ich ausführlich und mir verständlich, über das Verfahren, die Ziele und die möglichen Risiken der Jod-131-Therapie im Zusammenhang mit der Schilddrüsenerkrankung, an der ich leide, aufgeklärt wurde, der ich mich unterziehen werde.

Ich konnte dem Arzt die Fragen stellen, die ich für wichtig hielt, insbesondere zu den Risiken und möglichen Komplikationen der Untersuchung.

Ich habe eine angemessene Bedenkzeit erhalten und erkläre, dass ich keine weiteren Fragen habe, dass ich mit der Notwendigkeit dieser Untersuchung für meine Gesundheit einverstanden und mir bewusst bin und dass ich mich freiwillig einer radiometabolischen Behandlung mit Jod-131 unterziehe.

Ich verpflichte mich auch, die Verhaltensempfehlungen, die mir vor der Einnahme von Radiojod gegeben wurden, gewissenhaft einzuhalten, um die Strahlendosis für mich und andere so weit wie möglich zu reduzieren.

Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Ich schließe eine vermutete oder laufende Schwangerschaft zum Zeitpunkt der Therapie aus.

Mir ist bekannt, dass ich beim geringsten Zweifel an einer möglichen Schwangerschaft den Facharzt informieren muss, damit die Therapie aus Gründen des Strahlenschutzes verschoben werden kann.

Bozen, den _____

Unterschrift des Patienten
(oder des gesetzlichen Vertreters)

Stempel und Unterschrift des Arztes

☐ Brochure wird ausgehändigt

Genehmigung für die Verarbeitung personenbezogener Daten für wissenschaftliche Zwecke von retrospektiven Studien

Der/Die Unterfertigte ermächtigt Seine/Ihre anonymisierten Daten zu Forschungszwecken zu erheben, zu bearbeiten und zu veröffentlichen.

Bozen, den _____

Unterschrift des Patienten/der Patientin _____