

Patientenname und -adresse

Sedazione/analgesedazione (azione tranquillizzante/attenuazione del dolore)

Sedierung/Analgesedierung (Beruhigung/Schmerzdämpfung)

per l'esecuzione di esami/terapie in adulti
e adolescenti
für Untersuchungen/Behandlungen bei Erwachsenen und Jugendlichen

Gentile paziente, gentili genitori,

questo modulo La aiuterà a prepararsi al colloquio informativo con il medico. Legga attentamente il presente documento prima del colloquio e compili il questionario scrupolosamente.

La sedazione/analgesedazione

Per l'esame/trattamento programmato si consiglia la somministrazione di un tranquillante o di un anestetico a breve azione in basso dosaggio (sedazione, "dormiveglia"), eventualmente con la somministrazione supplementare di un analgesico (analgesedazione). In tal modo desideriamo alleviare il più possibile la Sua paura, irrequietezza e dolore. L'intervento risulterà pertanto più confortevole per Lei e di più facile esecuzione per il medico. In alcuni interventi può essere necessaria la sedazione anche per evitare i movimenti involontari del paziente.

Occasionalmente la sedazione viene combinata con un'anestesia locale o regionale, sui cui rischi e sulla cui esecuzione riceverà informazioni separate.

Per indurre la sedazione/analgesedazione viene posizionata in una vena (per lo più una vena del braccio) una cannula attraverso la quale viene iniettata la sostanza tranquillante o anestetica. All'occorrenza la sostanza può essere nuovamente iniettata in qualsiasi momento o somministrata in continuo. Anche altri farmaci eventualmente necessari (per es. antidolorifici, soluzioni endovenose per la reintegrazione di liquidi, farmaci contro i disturbi circolatori, antibiotici) possono essere somministrati attraverso la cannula venosa. L'efficacia della sedazione va da un "dormiveglia" superficiale fino a un sonno profondo:

- In caso di sedazione minima Lei sarà calmo e rilassato e potrà seguire le indicazioni del medico.
- Con una sedazione moderata Lei sarà in uno stato di sonno, ma si sveglierà se chiamato ad alta voce o toccato.

- In caso di sedazione profonda Lei dormirà profondamente e non si risveglierà se chiamato o toccato.

Per ogni sedazione occorre tenere presente – tra l'altro anche a causa della sensibilità individuale – che i farmaci potrebbero agire in modo più intenso di quanto previsto. In alcune circostanze, una sedazione da lieve a moderata può pertanto risultare in una sedazione profonda. In singoli casi una sedazione può anche involontariamente sfociare in un'anestesia generale e richiedere la respirazione artificiale o altre misure. Occasionalmente può inoltre essere necessario passare intenzionalmente a un'anestesia generale, per es. se l'intervento si prolunga considerevolmente o se insorgono complicanze.

Durante la sedazione monitoriamo costantemente le Sue funzioni vitali (in particolare respirazione, attività cardiaca e circolazione sanguigna). Anche dopo l'intervento continueremo il monitoraggio finché Lei non si risveglierà, non sarà orientato e la respirazione e la circolazione non saranno stabili. Dopo la sedazione Lei non si ricorderà o si ricorderà solo parzialmente dell'intervento.

Rischi e possibili complicanze della sedazione/ analgesedazione

Nonostante le massime attenzioni, possono tuttavia insorgere complicanze, anche potenzialmente fatali, che richiedono ulteriori trattamenti. I dati riguardanti la frequenza sono frutto di una valutazione generale e hanno lo scopo di aiutarla a ponderare i rischi. Non corrispondono alle definizioni degli effetti collaterali riportate nel foglietto illustrativo dei medicinali. Patologie preesistenti e particolarità individuali possono influenzare notevolmente la frequenza di insorgenza di complicanze.

- Infezioni nella zona del punto di inserimento della cannula venosa possono avere come conseguenza flebiti, ascesso purulento, necrosi dei tessuti e fenomeni di cicatrizzazione. Molto raramente queste infezioni causano intossicazioni del sangue potenzialmente letali (sepsi).

- **Lesioni ai vasi sanguigni** dovute alla cannula possono provocare **ematomi** e lievi emorragie (secondarie).
 - Le **lesioni nervose** o i **danni ai nervi** possono causare disturbi temporanei, in casi sfavorevoli anche **permanenti**, per es. dolori, parestesie, intorpidimento e disturbi motori.
 - **Dolore cronico** o **paralisi permanenti** a seguito di danni ai nervi, ematomi o infiammazioni sono molto rari.
 - Non è possibile escludere completamente **danni alla cute, ai tessuti e ai nervi** e, in casi estremi, **paralisi a braccia o gambe** dovuti a compressione, stiramento o eccessiva estensione durante la sedazione ("danni da posizionamento su tavolo operatorio"). Tali danni si risolvono di norma entro qualche mese, ma possono, raramente, durare anche più a lungo.
 - **Disturbi respiratori e calo della pressione sanguigna** possono di norma essere facilmente eliminati con la somministrazione di ossigeno, farmaci o liquidi. Se una sedazione sfocia involontariamente in un'anestesia generale, si può avere la completa perdita di sensi del paziente, nonché la compromissione della funzionalità respiratoria, cardiaca e circolatoria fino a un arresto respiratorio potenzialmente letale e all'insufficienza cardiovascolare. In tal caso sono necessari la respirazione artificiale e ulteriori trattamenti (di medicina intensiva).
 - **Nausea e vomito** possono insorgere soprattutto dopo la somministrazione di determinati analgesici (oppioidi). In caso di compromissione dello stato di coscienza e di riflessi ridotti possono verificarsi, in casi rari, **infiltrazioni potenzialmente fatali di saliva o contenuto gastrico nei polmoni (aspirazione)**, in particolare se il paziente non è a digiuno. In tal caso sussiste il rischio di insufficienza polmonare e danni polmonari cronici.
 - **Effetti collaterali dei farmaci e reazioni allergiche** (per es. all'anestetico/antidolorifico, disinfettanti o lattice) possono manifestarsi sotto forma di **nausea e vomito, prurito, eruzioni cutanee, problemi respiratori e circolatori. Effetti collaterali/reazioni allergiche gravi** (per es. insufficienze cardiocircolatorie, respiratorie o di organi/shock allergico) sono rari. In alcune circostanze essi possono provocare **danni permanenti** (per es. danni cerebrali e ad altri organi, paralisi).
 - **Trombosi/embolia**: se si formano grumi di sangue, che in alcuni casi vengono trasportati dalla corrente sanguigna provocando la chiusura dei vasi, possono presentarsi gravi conseguenze (per es. embolia polmonare, ictus, infarto).
 - **Confusione mentale e riduzione della capacità intellettuale** possono verificarsi in particolare nei pazienti anziani dopo un esame/trattamento condotto in sedazione, ma sono per lo più solo temporanee. In alcuni casi non è possibile escludere disabilità permanenti.
 - **ASSUNZIONE DI BEVANDE**: da 6 a 2 ore prima della sedazione è possibile bere 1-2 bicchieri/tazze di liquidi chiari senza grassi e senza componenti solidi (per es. acqua, tè), evitando latte e alcolici! Trascorso questo tempo Le sarà vietato bere!
 - **FUMO**: è vietato fumare nelle 6 ore precedenti la sedazione! Nel Suo interesse, dovrebbe in ogni caso rinunciare al fumo il prima possibile.
- Informi assolutamente il medico o il suo collaboratore, nel caso non abbia rispettato le presenti indicazioni.
- Chiarisca con il medico se eventualmente deve sospendere o sostituire i farmaci che Lei normalmente assume. La preghiamo di presentare eventuali documenti (per es. documenti che attestino l'utilizzo di anticoagulanti, la presenza di diabete, pacemaker o allergie, cartelle anestesologiche).
- DOPO la sedazione**
La preghiamo di informare immediatamente un medico qualora insorgano disturbi quali vomito, problemi respiratori, circolatori o alterazioni dello stato di coscienza, febbre, brividi, dolori (per es. al torace, cefalea, dolore al braccio), parestesie (per es. formicolio, sensazione di intorpidimento) o segni di paralisi!
- Indicazioni importanti in caso di INTERVENTI IN REGIME AMBULATORIALE**
Non lasciare la sala di monitoraggio senza l'autorizzazione del personale e della clinica/ambulatorio e senza le dimissioni del medico!
- Le Sue capacità di reazione e concentrazione – anche se Lei non se ne rende conto – possono essere fortemente limitate per via dell'effetto dei farmaci ancora per molte ore dopo l'intervento, tanto da determinare il rischio di caduta e l'incapacità a partecipare attivamente alla circolazione stradale. Pertanto
- Lei dovrà essere riportato/a a casa da un adulto, che dovrà accompagnarla fino alla porta di ingresso.
 - Le dovrà essere garantita l'assistenza domiciliare da parte di un adulto per le prime 24 ore o per il tempo indicato dal medico dopo l'esame/il trattamento.
 - Nelle prime 24 ore o comunque per il tempo indicato dal medico dopo la sedazione Lei non potrà partecipare attivamente alla circolazione stradale (neppure come pedone o ciclista) né svolgere attività pericolose, dovrà assumere solo i farmaci concordati con il medico ed evitare di bere alcolici e fumare. È consigliabile inoltre non prendere decisioni importanti.
- Per qualsiasi chiarimento o qualora accusasse disturbi di salute, La preghiamo di contattare:**
Bei Rückfragen oder gesundheitlichen Beschwerden kontaktieren Sie bitte:

Referente (nome, numero telefonico)
Ansprechpartner (Name, Telefonnummer)

Numero per chiamate di emergenza (24 ore)
Notfall-Rufnummer (24 Stunden)

Luogo, data, ora
Ort, Datum, Uhrzeit

Dottoressa/Dottore
Ärztin/Arzt

Attenzione! Attenersi scrupolosamente alle indicazioni del medico curante!

PRIMA della sedazione

- **ALIMENTAZIONE**: fino a 6 ore prima della sedazione è possibile consumare un piccolo pasto (per es. una fetta di pane bianco e marmellata, un bicchiere di latte). Trascorso questo tempo non potrà più mangiare (incluse gomme da masticare o simili)!

Questionario (anamnesi)

Fragebogen (Anamnese)

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande con attenzione, in modo da poter evitare al meglio eventuali rischi. Segni con una crocetta, sottolinei e completi dove necessario. Non esiti a chiederci aiuto per la compilazione in caso di necessità.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Età: _____ anni • Altezza: _____ cm • Peso: _____ kg

Sesso: _____

Alter: _____ Jahre • Größe: _____ cm • Gewicht: _____ kg

Geschlecht: _____

n = no (nein)/s = sì (ja)

1. Professione: Beruf: _____

2. Nell'ultimo periodo ha ricevuto un altro trattamento medico? ☐ n ☐ s

Ist in letzter Zeit eine andere ärztliche Behandlung erfolgt?

Se sì, quando e per quale motivo? Wenn ja, wann und weswegen? _____

3. È attualmente in corso in forma acuta/si è verificata nelle ultime 4 settimane un'infezione (per es. raffreddore, febbre, infezione gastro-intestinale)? ☐ n ☐ s

Besteht akut/Bestand in den letzten 4 Wochen ein Infekt (z.B. Erkältung, Fieber, Magen-Darm)?

Se sì, specificare. Wenn ja, welcher? _____

4. Nella zona di bocca, naso e faringe presenta qualche patologia (per es. infiammazione) o particolarità (per es. restringimento)? ☐ n ☐ s

Besteht im Mund-, Nasen-, Rachenraum eine Erkrankung (z.B. Entzündung) oder eine Besonderheit (z.B. Verengung)?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

5. Soffre o ha sofferto di malattie infettive (per es. epatite, tubercolosi, HIV/AIDS)? ☐ n ☐ s

Besteht/Bestand eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV/AIDS)?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

6. Assume regolarmente o solo attualmente farmaci (per es. anticoagulanti [per es. Marcumar®, Aspirina®, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, Lixiana®, eparina], antidolorifici, farmaci cardiovascolari, preparati ormonali, sonniferi o tranquillanti, antidiabetici [in particolare, contenenti metformina])? ☐ n ☐ s

Werden regelmäßig oder derzeit Medikamente eingenommen (z.B. gerinnungshemmende Mittel [z.B. Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, Lixiana®, Heparin], Schmerzmittel, Herz-/Kreislauf-Medikamente, Hormonpräparate, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Antidiabetika [v.a. metforminhaltig])?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

7. Ha già subito una sedazione, anestesia generale, regionale o locale (per es. dal dentista)? ☐ n ☐ s

Wurde schon einmal eine Sedierung, Narkose, Regionalanästhesie oder örtliche Betäubung (z.B. beim Zahnarzt) durchgeführt?

Se sì, si sono verificate complicanze? ☐ n ☐ s

Wenn ja, gab es dabei Komplikationen?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

8. Ha una tendenza a nausea/vomito? ☐ n ☐ s

Besteht eine Neigung zu Übelkeit/Erbrechen?

9. Soffre di allergie come raffreddore da fieno o asma allergica o di intolleranze a determinate sostanze (per es. farmaci, lattice, disinfettanti, anestetici, mezzi di contrasto radiografici, iodio, cerotti, polline)? ☐ n ☐ s

Besteht eine Allergie wie Heuschnupfen oder allergisches Asthma oder eine Unverträglichkeit bestimmter Substanzen (z.B. Medikamente, Latex, Desinfektionsmittel, Betäubungsmittel, Röntgenkontrastmittel, Jod, Pflaster, Pollen)?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

10. Presenta una tendenza al sanguinamento, per es. frequenti epistassi/sanguinamenti gengivali, ematomi, sanguinamenti secondari dopo operazioni, o ne sono affetti Suoi consanguinei? ☐ n ☐ s

Besteht bei Ihnen oder in Ihrer Blutsverwandtschaft eine erhöhte Blutungsneigung wie z.B. häufig Nasen-/Zahnfleischbluten, blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen?

11. Soffre o ha sofferto di malattie vascolari (per es. disturbi del flusso sanguigno, arteriosclerosi, aneurisma, varici)? ☐ n ☐ s

Besteht/Bestand eine Gefäßerkrankung (z.B. Durchblutungsstörung, Arteriosklerose, Aneurysma, Krampfadern)?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

12. Soffre o ha sofferto di patologie cardiocircolatorie (per es. insufficienza cardiaca, insufficienza valvolare, Angina pectoris, infarto, ictus, aritmie, infiammazione del miocardio, ipertensione)? ☐ n ☐ s

Besteht/Bestand eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (z.B. Herzfehler, Herzklappenfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Rhythmusstörungen, Herzmuskelerkrankung, hoher Blutdruck)?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

13. Ha problemi di dispnea solo compiendo lievi sforzi fisici? ☐ n ☐ s

Tritt Atemnot schon bei leichter Anstrengung auf?

14. Soffre o ha sofferto di **malattie polmonari o alle vie respiratorie** (per es. asma bronchiale, bronchite cronica, infiammazione polmonare, enfisema polmonare)? ☐ n ☐ s

Besteht/Bestand eine Atemwegs-/Lungenerkrankung (z.B. Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenblähung)?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

15. Soffre di **forte russamento o di apnee notturne** oppure è presente una **paralisi alle corde vocali/al diaframma**? ☐ n ☐ s

Tritt starkes Schnarchen auf, liegt eine Schlafapnoe vor oder besteht eine Stimmband-/Zwerchfellähmung?

Se sì, specificare. Wenn ja, was? _____

16. Soffre o ha sofferto di **patologie a carico del sistema digerente** (per es. esofago, stomaco, pancreas, intestino)? ☐ n ☐ s

Besteht/Bestand eine Erkrankung des Verdauungssystems (z.B. Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse, Darm)?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

17. Soffre di **bruciore di stomaco o di una malattia da reflusso**? ☐ n ☐ s

Tritt Sodbrennen auf oder besteht eine Refluxkrankheit?

18. Soffre di **patologie epatiche o a carico della cistifellea/delle vie biliari** (per es. infiammazione, steatosi epatica, cirrosi, calcoli biliari)? ☐ n ☐ s

Besteht/Bestand eine Erkrankung der Leber, Gallenblase/-wege (z.B. Entzündung, Fettleber, Zirrhose, Gallensteine)?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

19. Soffre o ha sofferto di **patologie o malformazioni ai reni o all'apparato urinario** (per es. disturbi della funzionalità renale, nefrite, calcolosi renale, disfunzionalità dello sfintere vescicale)? ☐ n ☐ s

Besteht/Bestand eine Erkrankung oder Fehlbildung der Nieren bzw. Harnorgane (z.B. Nierenfunktionsstörung, Nierenentzündung, Nierensteine, Blasenentleerungsstörung)?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

20. Soffre di **malattie metaboliche** (per es. diabete, gotta)? ☐ n ☐ s

Besteht eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht)?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

21. Soffre o ha sofferto di **malattie muscolari o scheletriche** (per es. debolezza muscolare, malattie articolari, osteoporosi)? ☐ n ☐ s

Besteht/Bestand eine Muskel- oder Skeletterkrankung (z.B. Muskelschwäche, Gelenkerkrankung, Osteoporose)?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

22. Soffre o ha sofferto di **patologie del sistema nervoso** (per es. paralisi, patologie convulsive [epilessia], dolore cronico)? ☐ n ☐ s

Besteht/Bestand eine Erkrankung des Nervensystems (z.B. Lähmungen, Krampfleiden [Epilepsie], chronische Schmerzen)?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

23. Soffre di **malattie agli occhi** (per es. cataratta, glaucoma)? ☐ n ☐ s

Besteht eine Augenerkrankung (z.B. Grauer Star, Grüner Star/Glaukom)?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

24. Soffre di **altre patologie**? ☐ n ☐ s

Bestehen weitere Erkrankungen?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

25. Presenta particolarità riguardanti lo **stato dei denti** (per es. parodontite, denti instabili, malocclusione [apparecchi dentali], protesi, ponti, corone, impianti)? ☐ n ☐ s

Gibt es Besonderheiten beim Zustand der Zähne (z.B. Parodontose, lockere Zähne, Zahnfehlstellung [Zahnspace], Prothese, Brücke, Krone, Implantat)?

Se sì, specificare. Wenn ja, welche? _____

26. Fuma regolarmente? ☐ n ☐ s

Regelmäßiger Tabakkonsum?

Se sì, cosa e quanto? Wenn ja, was und wie viel? _____

27. Consuma regolarmente **alcolici**? ☐ n ☐ s

Regelmäßiger Alkoholkonsum?

Se sì, cosa e quanto? Wenn ja, was und wie viel? _____

28. Assume **droghe**? ☐ n ☐ s

Werden Drogen genommen?

Ulteriori domande per le pazienti di sesso femminile

Zusatzfragen bei Frauen

1. Potrebbe essere incinta? ☐ n ☐ s

Könnten Sie schwanger sein?

2. Allatta? ☐ n ☐ s

Stillen Sie?

Domande supplementari per sedazione in regime ambulatoriale

Zusatzfragen nur für eine ambulante Sedierung

1. Chi l'accompagnerà a casa dopo l'intervento (nome ed età)? ☐ n ☐ s

Wer bringt Sie nach dem Eingriff nach Hause (Name und Alter)? _____

2. Dove sarà raggiungibile nelle prime 24 ore dopo l'intervento (indirizzo, numero di telefono)? Wo sind Sie in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff erreichbar (Adresse, Tel.-Nr.)? _____

3. Chi si occuperà di Lei nelle prime 24 ore dopo l'intervento (nome, età)? Wer betreut Sie in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff (Name, Alter)? _____

4. Quanto dista dal suo domicilio la clinica/il pronto soccorso più vicini (km)? Wie weit ist die nächste Klinik/Notfallpraxis von Ihrem Aufenthaltsort entfernt (km)? _____

5. Riuscirebbe a raggiungere la clinica/il pronto soccorso più vicini entro 30 minuti? ☐ n ☐ s

Könnten Sie innerhalb von 30 Minuten in die nächste Klinik/Notfallpraxis gebracht werden?

Nome

Vermerke der Ärztin/des Arztes _____ zum Aufklärungsgespräch
Name

Es wurde vor allem Folgendes besprochen: Wahl und Durchführung der Sedierung/Analosedierung, unbeabsichtigter oder nötiger Übergang zur Nar-kose, Risiken und mögliche Komplikationen, mögliche spezielle Nebenwirkungen der vorgesehenen Beruhigungs-/Betäubungs-/Schmerzmittel, risiko-erhöhende Besonderheiten, mögliche Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Gabe von Antibiotika, künstliche Beatmung, intensivmedizinische Maßnahmen), fehlende Straßenverkehrstauglichkeit, notwendige häusliche Betreuung bei ambulanter Sedierung/Analosedierung, Verhaltenshinweise sowie:

☐ in regime di ricovero
stationär

Dottoressa/Dottore
Ärztin/Arzt

Consenso**Einwilligung**

Dichiaro di avere letto e compreso il modulo informativo. Ho potuto porre tutte le domande che mi interessavano durante il colloquio informativo, ricevendo risposte chiare ed esaurienti. Ho raccolto sufficienti informazioni, ho potuto decidere con cognizione di causa e non necessito di ulteriore tempo per riflettere.

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich fühle mich ausreichend informiert, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Acconsento alla sedazione/analgesedazione per l'intervento previsto. Concordo altresì con eventuali modifiche o integrazioni al procedimento (per es. passaggio ad anestesia generale eventualmente necessario) e con interventi concomitanti e successivi che si rivelino clinicamente necessari. Ho risposto al questionario (anamnesi) con coscienza. Mi atterrò alle indicazioni di comportamento, soprattutto riguardo all'incapacità di partecipare attivamente alla circolazione stradale.

Ich willige in die Sedierung/Analgesedierung für den vorgesehenen Eingriff ein. Mit medizinisch notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Verfahrens (z.B. einem eventuell nötigen Übergang zur Narkose) sowie mit medizinisch erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich ebenfalls einverstanden. Den Fragebogen (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Verhaltenshinweise, v.a. zur fehlenden Straßenverkehrstauglichkeit, werde ich beachten.

Ho ricevuto una copia di questo modulo.

Ich habe eine Abschrift/Kopie dieses Bogens erhalten.

Luogo, data, ora
Ort, Datum, Uhrzeit

Paziente/genitori*
Patientin/Patient/Eltern*

Dottoressa/Dottore
Ärztin/Arzt

* Nel caso in cui firmi uno solo dei due genitori, la firma indica l'affidamento unico del minore oppure l'accordo con l'altro genitore. In caso di interventi più importanti è necessaria la firma di entrambi i genitori. Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt. Bei schwereren Eingriffen sollten grundsätzlich beide Eltern unterschreiben.