

VON ALLEN FRAUEN IM GEBÄRFÄHIGEM ALTER AUSZUFÜLLEN UND ZU UNTERZEICHNEN VOR EINEM
EINGRIFF MIT IONISIERENDER STRAHLUNG

Ionisierende Strahlung kann für Föten schädlich sein. Bei Affidea ist es Praxis, dass an schwangeren oder möglicherweise schwangeren Frauen keine Eingriffe vorgenommen werden, bei denen ionisierende Strahlung zum Einsatz kommt, ausser der überweisende Arzt und/oder Radiologe hält dies für medizinisch notwendig. Unser Zentrum benötigt von Frauen im gebärfähigen Alter, die entweder Patientin sind oder während des Eingriffs anwesend sein müssen, die Bestätigung, dass eine bzw. keine Schwangerschaft vorliegt.

PATIENTEN

A Ich bin nicht schwanger.

B Ich bin in der _____. Woche schwanger.

C Ich bin nicht sicher, ob möglicherweise eine Schwangerschaft vorliegt.

D Ich bin in den Wechseljahren

Name, Vorname und Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters		Datum	
--	--	--------------	--

Wenn Sie die Kästchen B oder C angekreuzt haben

Den Embryo/Fötus einer Strahlung auszusetzen, ist in geringem Masse unter anderem mit folgenden Risiken verbunden: erhöhtes Risiko, im Kindesalter an Krebs zu erkranken, angeborene Missbildungen, Verzögerungen bei der geistigen Entwicklung, geringe Kopfgrösse und Fehlgeburt. Die den Vorteilen gegenüber stehenden möglichen Risiken wurden mit mir besprochen. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zum geplanten Eingriff sowie dessen Risiken und Alternativen zu stellen. Ich bin ausreichend informiert, um eine Einwilligungserklärung zu geben. Das Formular wurde mir erklärt. Ich habe es gelesen oder mir vorlesen lassen und verstehe dessen Inhalt.

Ich möchte den Eingriff auf einen anderen Termin verlegen.

Ich habe die oben stehenden Erläuterungen gelesen und verstanden und erteile hiermit mein Einverständnis, den Eingriff vorzunehmen. Ich wurde über das eingeschätzte Risiko für meinen Embryo/Fötus in Kenntnis gesetzt.

Name, Vorname und Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters		Datum	
--	--	--------------	--

BESUCHER (die den Patienten in den Untersuchungsraum begleiten möchten)

Ich bin nicht schwanger und begleite den Patienten freiwillig in den Untersuchungsraum.

Name, Vorname und Unterschrift		Datum	
---------------------------------------	--	--------------	--