



## AUFKLÄRUNGSBOGEN

### Strahlentherapie gutartiger Erkrankungen

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Diagnose/n / Regionen: \_\_\_\_\_

Erstbestrahlung

Wiederholungs-/Zweitbestrahlung

Vorbestrahlung \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_ Gesamtdosis bisher: \_\_\_\_\_

Vorbestrahlung \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_ Gesamtdosis bisher: \_\_\_\_\_

---

### Zweck der Behandlung

Die Strahlentherapie erfolgt zur:

- Schmerzreduktion
- Entzündungshemmung
- Verbesserung der Funktion/Beweglichkeit
- Stabilisierung des Krankheitsverlaufs

Ein vollständiges Beschwerdeverschwinden kann nicht garantiert werden.

---

### Geplante Therapie

Technik:  Linearbeschleuniger  Elektronen  Sonstige: \_\_\_\_\_

Einzeldosis: \_\_\_\_\_ Gy Sitzungen: \_\_\_\_\_ Gesamtdosis: \_\_\_\_\_ Gy

---

### Mögliche Risiken / Nebenwirkungen

Akut:

- Hautrötung/-reizung
- Müdigkeit
- lokale Schwellung
- vorübergehende Schmerzverstärkung

### **Seltene Spätfolgen:**

- Gewebeveränderungen
- Vernarbung/Fibrosierung
- sehr selten strahlenbedingte Tumorerkrankungen

Bei Wiederholungsbestrahlungen erhöht sich die kumulative Strahlenexposition.

---

### **Alternative Behandlungsmöglichkeiten**

- Medikamente
  - Physiotherapie
  - orthopädische Maßnahmen
  - Injektionen
  - Operation
  - keine Behandlung
- 

### **Besondere Hinweise bei Wiederholungsbestrahlung**

- Nutzen und Risiken erneut besprochen
  - Vorbestrahlung berücksichtigt
  - Alternative Verfahren erläutert
- 

### **Einwilligung**

Ich wurde verständlich über:

- Ablauf,
- Nutzen,
- Risiken/Nebenwirkungen,
- Alternativen
- sowie mögliche Folgen der Behandlung

aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und willige in die geplante Strahlentherapie ein.

---

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Patient/in:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Ärztin / Arzt:** \_\_\_\_\_