

Radiologie München Süd - West

Einverständniserklärung zur Durchführung einer ambulanten palliativen Schmerztherapie mit offenen Radionukliden

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Datum der Schmerztherapie:

Beim Vorstellungsgespräch bin ich ausführlich über die ambulante Schmerztherapie aufgeklärt worden: über das Prinzip, die Durchführung, die Wirkung, die Nebenwirkung und Komplikationen. Ich habe keine weiteren Fragen zur ambulante Schmerztherapie, deren Durchführung, Wirkung, Nebenwirkung oder Komplikationen mehr. Insbesondere bin ich über folgende Komplikationen aufgeklärt worden:

- vorübergehende Schmerzverstärkung
- Blutbildveränderungen, insbesondere ein Thrombozyten- bzw. Leukozytenabfall

Ich bin mit der Durchführung der ambulanten palliativen Schmerztherapie einverstanden:

München, den.....

.....
Unterschrift des Patienten

Interner Vermerk zur Durchführung der Therapie:

Substanz		Aktivitätsmenge	
Applikation		Uhrzeit	
Arzt		MTRA	