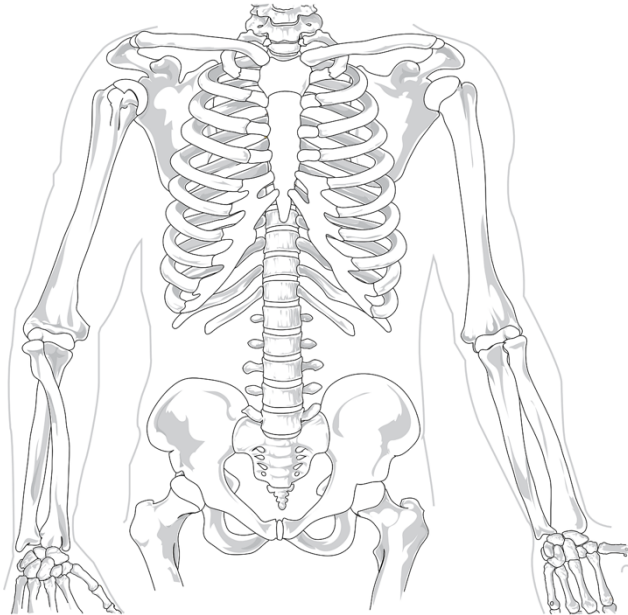




CT-gesteuerte Schmerztherapie an der Wirbelsäule

Ihr behandelnder Schmerztherapeut hat für Sie eine **CT-gesteuerte Schmerzbehandlung** empfohlen. Sie leiden unter Rückenschmerzen, die durch Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule entstehen (Bandscheibenschäden, Arthrose, usw.).

Die Untersuchung wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zur **Besserung Ihrer Beschwerden** führen, evtl. tritt eine Besserung erst nach wiederholten Eingriffen auf. Nur in seltenen Fällen verspüren Patienten nach der Behandlung keine



Besserung der Beschwerden.

■ Folgender Eingriff ist bei Ihnen geplant:

Periradikuläre Schmerztherapie (PRT, Injektion in der Nähe eines Nervs)

Facettengelenksinfiltration (Injektion in der Nähe eines kleinen Wirbelgelenks)

ISG-Infiltration (Injektion in die Nähe eines Kreuz-Darmbein-Gelenks)

■ Was ist eine CT-gesteuerte Schmerztherapie?

Die **CT** ist ein **bildgebendes**

Röntgenverfahren. Wir benutzen es um das Medikament gezielt an einen bestimmten Nerv oder ein bestimmtes Gelenk zu spritzen.

Sie liegen **ruhig und entspannt** auf dem Bauch und bewegen Sie sich nicht. Eine dünne Nadel wird CT-gesteuert an die zu behandelnde Struktur geführt und über diese ein kortisonhaltiges Medikament (Volon A 40®) gespritzt.

Die Untersuchung ist auch bei **Platzangst** (sog. Klaustrophobie) problemlos möglich.

Sie können vor und nach dem Eingriff ganz normal essen, trinken und wie gewohnt Ihre Medikamente einnehmen.

■ Welches Medikament wird eingesetzt und wie wirkt es?

Wir verwenden das kortisonhaltige Medikament Volon A 40® (sog. Glukokortikoid). Glukokortikoide haben einen entzündungshemmenden Effekt und wirken dadurch indirekt schmerzlindernd.

Nach dem Eingriff müssen Sie noch mindestens 30 Minuten bei uns bleiben. Bitte planen Sie für den gesamten Aufenthalt in der Praxis ca. 2 Stunden ein.

■ Sind Komplikationen während des Eingriffs möglich?

Nur in **Ausnahmefällen**. Kein medizinischer Eingriff ist völlig frei von Risiken.

Mögliche allgemeine Risiken:

- Blutungen, Blutergüsse durch den Einstich
- Infektionen durch den Einstich, Abszess (Bildung einer Eiterhöhle, die evtl. eröffnet werden muss)
- Verletzung von Nerven mit bleibenden Lähmungen oder Gefühlsstörungen



CT-gesteuerte Schmerztherapie an der Wirbelsäule

- Das Risiko einer Querschnittslähmung ist minimal, da der Eingriff mit großem Abstand zum Rückenmark stattfindet
- Mögliche Risiken und Nebenwirkungen durch das gespritzte Medikament:
- Magenbeschwerden, Magengeschwüre
 - Kopfschmerzen, Schwindel
 - Vorrübergehender Anstieg von Blutdruck und Blutzuckerspiegel
 - Allergische Reaktionen auf das Medikament (oder sonstige verwendete Materialien)
 - Thrombosen oder Embolien

■ Gibt es alternative Verfahren?

Es gibt viele schmerztherapeutische Verfahren, die alternativ oder ergänzend durchgeführt werden können. Ihr Schmerztherapeut hat sie dahingehend sicher ausreichend beraten und sich die Empfehlung zu diesem Eingriff mit Ihnen zusammen sorgfältig überlegt.

■ In welchen Fällen darf der Eingriff nicht durchgeführt werden?

- Bei frischen Magen-/Darmgeschwüren
- Bei bekannter Thrombose oder Embolie
- Unter Therapie mit gerinnungshemmenden Medikamenten (sog. Blutverdünner wie ASS/Aspirin® oder Marcumar®)
- Bei bekannter Allergie gegen das verwendete Medikament (Glukokortikoid, Kortison, Volon A 40®)
- Bei krankhafter Blutungsneigung (z.B. Bluterkrankheit/Hämophilie)
- Bei aktuell schweren Allgemeininfektionen (z.B. Virusgrippe, Virushepatitis, Tuberkulose)
- Bei bis 2 Wochen vor dem Eingriff durchgeführter Schutzimpfung
- Bei Schwangerschaft

■ Zusätzliche Informationen für Frauen

Informieren Sie uns unbedingt, wenn Sie schwanger sind oder sein könnten. **Der Eingriff darf bei Schwangeren nicht durchgeführt werden.** Sowohl die Röntgenstrahlen als auch das verwendete Medikament können zu Schäden des ungeborenen Kindes führen.

Da Glukokortikoide in die Muttermilch übergehen, sollte für die gesamte Dauer der Behandlung **abgestillt** werden.

■ Datenschutz und Schweigepflicht

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem überweisenden Arzt/Ihrer überweisenden Ärztin über die Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten. Alle externen Dienstleister, die mit Patientendaten in Kontakt kommen unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht.

Sie können diese Willenserklärung mittels schriftlicher Mitteilung jederzeit widerrufen.

Ich habe die Informationen und Hinweise gelesen und verstanden:



Datum

Ihre Unterschrift

■ Notizen zum Aufklärungsgespräch

Rechtfertigende Indikation gestellt. Der Patient wurde mündlich aufgeklärt und hat keine weiteren Fragen.



Datum

Unterschrift des Arztes



CT-gesteuerte Schmerztherapie an der Wirbelsäule

Ist diese Behandlung bei Ihnen schon einmal durchgeführt worden?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann?
Körpergröße: cm Körpergewicht: kg	
Leiden oder litten Sie an <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen oder Herzschwäche, <input type="checkbox"/> Thrombose oder Embolie, <input type="checkbox"/> Nervenleiden (z.B. Lähmungen oder Gefühlsstörungen), <input type="checkbox"/> akuter Gürtelrose, <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Grippe), <input type="checkbox"/> Magen- oder Darmerkrankungen (z.B. Geschwüre, Colitis Ulcerosa), <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes), <input type="checkbox"/> Bluthochdruck?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, woran und wann bzw. seit wann?
Ist bei Ihnen in den letzten 2 Wochen eine Impfung durchgeführt worden oder ist eine Impfung in den nächsten 8 Wochen geplant?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was und wann?
Neigen Sie zu blauen Flecken ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung bekannt (z.B. Hämophilie, Thrombozytopenie)?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was?
Sind Allergien gegen Medikamente oder andere Stoffe bekannt? Z.B. Kortison, Latex, Desinfektionsmittel, Betäubungsmittel, Pflaster?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Nehmen Sie Blutverdünner ein (z.B. ASS/Aspirin®, Marcumar®, Clopidogrel/Plavix®, Eliquis®, Xarelto®, Pradaxa®)?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Wurden Sie bereits an der Wirbelsäule oder an den Bandscheiben operiert ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was und wann?
Name und Ort des Hausarztes:	
Zusatzfragen für Frauen: Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Stillen Sie?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>

■ Einverständniserklärung

Über den Untersuchungsablauf und die Risiken wurde ich umfassend aufgeklärt. Ich habe keine weiteren Fragen und habe den Inhalt des Aufklärungsbogens und des Aufklärungsgesprächs verstanden. Über sehr seltene mögliche Komplikationen wie Blutungen, Abszesse und Lähmungen bis hin zum minimalen Risiko einer Querschnittslähmung wurde ich aufgeklärt.

Ich bin mit der Durchführung der **CT-gesteuerten Schmerztherapie** einverstanden:



Ja:

Nein:

Ich bin mit der **Übersendung von Befundberichten** an den überweisenden Arzt **und** an den Hausarzt einverstanden.



Ja:

Nein:



Datum

Ihre Unterschrift