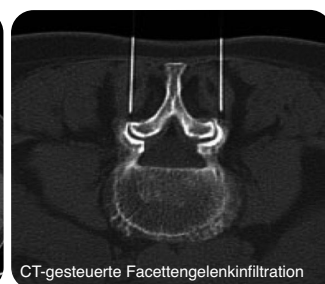
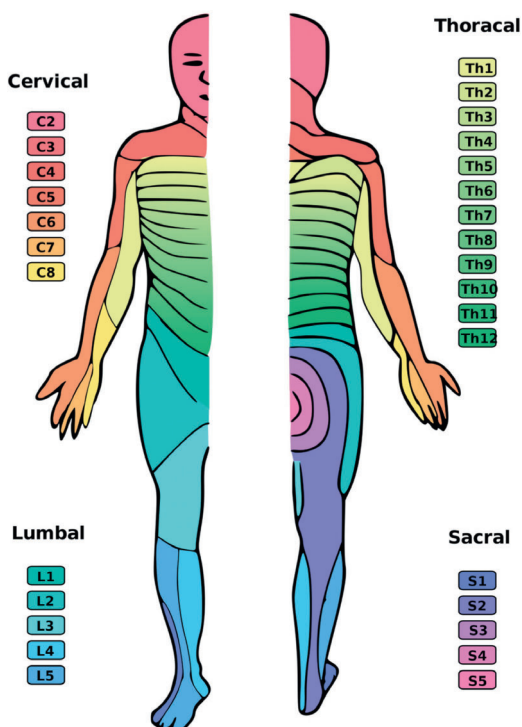


Name		Vorname	
PLZ	Ort	Straße / Hausnummer	
Telefon			
Geburtsdatum			
MRT / CT vom	Befund	klinische Symptomatik	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, das vorliegende Informationsblatt soll Sie über die vorgesehene Behandlung informieren. Sie dient in unterschiedlicher Weise der Schmerzausschaltung bei akuten und chronischen Rücken- und Nackenschmerzen mit und ohne Ausstrahlung in Beine und Arme. Ursächlich sind Abnutzungserscheinungen der Wirbelsäule oder Nervenentzündungen bedingt durch Bandscheibenvorfälle oder Einengungen des Rückenmarkskanals oder der Nervenaustrittsstellen.

Geplantes Verfahren

• CT-gestützte periradikuläre Therapie	Segment	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Wurzel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• CT-gesteuerte Facettengelenkinfiltration	Segment	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Wie wird die Behandlung durchgeführt?

Zunächst werden in der Computertomographie Bilder zur Planung der Behandlung erstellt.

Hierfür fährt die Liege, auf der Sie sich in Bauchlage oder Rückenlage befinden, langsam in die kegelförmige Öffnung (Gantry) des Gerätes. Diese ist relativ weit, weshalb Sie sich nicht eingengt fühlen und keine Platzangst haben müssen. Sie haben während der Untersuchung die Möglichkeit, jederzeit mit der MTRA oder dem Arzt zu sprechen, falls Probleme auftreten.

Anschließend wird die Einstichstelle auf der Haut aufgezeichnet. Dann wird unter sterilen Bedingungen eine dünne Nadel bis an das Facettengelenk (kleines Wirbelgelenk) oder die Nervenwurzel herangeführt.



Nach Kontrolle der Nadelposition erfolgt die Medikamentengabe.

Zur Therapie werden verschiedene Medikamente eingesetzt. Es handelt sich hierbei meistens um örtliche

Betäubungsmittel und örtlich wirksame kortisonhaltige Medikamente. Bei ca. 80% der Patienten kommt es zu einer deutlichen Verbesserung der Beschwerden, die auch über längere Zeit anhalten kann. Die gewünschte Wirkung kann jedoch auch erst nach einigen Behandlungen eintreten.

Wie wirken die Medikamente?

Das eingebrachte Lokalanästhetikum sorgt für eine kurzfristige Ausschaltung der Schmerzen. Das kortisonhaltige Medikament führt zu einer Entzündungshemmung und damit zu einer Schmerzbehandlung.

Welche Nebenwirkungen und Komplikationen können auftreten?

Kein medizinischer Eingriff ist völlig frei von Risiken. Trotz größter Sorgfalt kann es während oder nach der Behandlung in Einzelfällen zu Komplikationen kommen:

- **häufig** (1%): vorübergehendes Taubheitsgefühl/Schwäche im Arm/Bein nach Gabe eines Lokalanästhetikums
- **selten** (0,01% bis 0,1%): allergische Reaktionen mit Hautausschlag, Juckreiz etc. bei Überempfindlichkeit gegen Lokalanästhetika oder die Ergänzungsmittel des kortisonhaltigen Medikamentes.
- **sehr selten** (<0,001%): schwere allergische Reaktionen mit Kreislaufschock, Herzversagen, Atemstillstand
- **sehr selten** (<0,001%): Verletzung und Schädigung von Nerven durch die Injektionsnadel, Bluterguss, Infektion oder die verabreichten Medikamente, die zu einer dauerhaften Störung der betroffenen Nerven (Missempfindungen, Bewegungsstörung, Schmerzen, Impotenz) führen können. Meningitis.
- **extrem selten** (<0,0001%): Querschnittslähmung durch eine Einblutung in den Spinal-/Periduralraum während der Punktion oder durch eine Verstopfung von Blutgefäßen. Schlaganfall bei der Behandlung in Höhe der HWS durch Blutgerinnsel bei Gefäßverletzung.

Als Kontraindikation (diese sind evtl. bei Ihnen bestehende Erkrankungen, die eine der o. a. durchzuführenden Therapien verbieten) für diese Therapie sind frische Magen- und Darmgeschwüre, Thrombosen, Embolien und eine laufende Marcumartherapie.

Was der Arzt wissen muss, damit er Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und persönliche Risiken besser einschätzen kann:

Ist eine solche Behandlung bei Ihnen schon einmal durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie einen Röntgen- oder Allergiepass? Wenn ja, bitte bei der Anmeldung vorlegen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Frauen: Könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Allergien: z.B. gegen Pflaster, Medikamente, Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Asthma oder Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie eine Herzschwäche (Herzinsuffizienz) oder leiden Sie unter Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Leber- oder Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV, TBC)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Entstehen bei Ihnen leicht blaue Flecken auch ohne besonderen Anlass, oder kommt es selbst bei kleinen Verletzungen zu verstärkten Blutungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende Medikamente ein: z.B. Marcumar®, Aspirin®, oder andere, z.B. Xarelto®?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Hinweis für ambulante periradikuläre Schmerztherapie (PRT)

Wir sind verpflichtet, Sie darauf aufmerksam zu machen, dass Sie wegen der Nachwirkungen des Betäubungsverfahrens nach jeder Behandlung 6 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen dürfen. Sie müssen sich nach jeder Behandlung mindestens 30 Minuten innerhalb der Praxisräume unter Beobachtung aufhalten. Lassen Sie sich bitte von Angehörigen abholen.

Einwilligungserklärung der Patientin/des Patienten zur CT-gestützten Schmerztherapie

Über die geplante Behandlung wurde ich in einem Aufklärungsgespräch durch nachstehende(n) Arzt/Ärztin ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen, z.B. über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen sowie über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken, stellen. Alternativen wurden erläutert. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Behandlung ein.

Ich habe eine Kopie dieses Aufklärungsbogens erhalten

Aufklärungsgespräch durchgeführt von: _____

Datum _____

Ort _____

Unterschrift Patient/in _____

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, spezifische Nebenwirkungen der Behandlung und der Medikamente, Alternativen)

Die vorgeschlagene Behandlung wurde nach erfolgter Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile wurde informiert.

Datum _____

Unterschrift Ärztin/Arzt _____