



Aufklärungsbogen zur Computertomographisch - (CT) - gesteuerten medikamentösen Behandlung von Wirbelgelenken und Nervenwurzeln im Bereich der Wirbelsäule und anderer Gelenke:

Patient: _____ **geb.:** _____

Ihr behandelnder Arzt hat Sie wegen Beschwerden, welche durch andere Behandlungsmaßnahmen nicht wesentlich zu lindern waren, zu einer speziellen, CT-gesteuerten und -kontrollierten Therapie überwiesen.

Vorgesehene Behandlungsregion:

O Halswirbelsäule (HWS) O Brustwirbelsäule (BWS) O Lendenwirbelsäule (LWS) O Sonstige

Geplante Behandlungsmaßnahme:

- Periradikuläre Therapie (PRT): Lokalanästhetikum ohne/mit Corticoid wird in die Umgebung der Nervenwurzel gespritzt
- Peridurale Injektion (PDI): Lokalanästhetikum ohne/mit Corticoid wird in die Umgebung des Rückenmarks gespritzt
- Facettenblockade: Lokalanästhetikum ohne/mit Corticoid wird an/in die kleinen Wirbelgelenke gespritzt
- Gelenkinfiltration:

Ziel der Behandlung ist es, durch eine gezielte Einbringung von Medikamenten an den Ort der Beschwerdeauslösung, die Beschwerden deutlich zu lindern oder ganz zum Abklingen zu bringen. Die Wirkung kann vorübergehend oder dauerhaft sein. Eine entscheidende Besserung ist oft nur durch mehrfache Wiederholung der Behandlung (bis zu 3-mal) zu erzielen. Bei einem Wiederauftreten der Beschwerden nach längerer Zeit ist meist eine Wiederholung der Behandlung möglich.

In einem persönlichen Gespräch vor der Behandlung werden Sie über den Ablauf sowie über typische Risiken und Folgen der geplanten Maßnahme aufgeklärt, damit Sie sich entscheiden und in die Untersuchung einwilligen - oder diese auch ablehnen - können.

Wie läuft die Behandlung ab?

Nach Markierung der Einstichstelle und Desinfektion wird eine dünne Hohnadel unter computertomographischer Kontrolle gezielt an die zu behandelnde Körperstelle vorgeschoben. Erst, wenn sich die Spitze der Nadel an der richtigen Stelle befindet (was mittels Einspritzung von jodhaltigem Kontrastmittel kontrolliert wird), werden die Medikamente zur Behandlung injiziert. Eventuell folgt eine Nachkontrolle der Medikamentenverteilung mittels CT.

Mögliche Reaktionen nach der Behandlung:

- Durch die Behandlung kann es für einige Stunden (max. ca. 8 h) zu einem Taubheitsgefühl, Kribbeln und einer Schwäche im Arm/Bein kommen. Dies ist harmlos und Wirkung der lokalen Betäubung.
- Spannungsgefühl, leichte Schmerzen (nach Abklingen der Betäubung) und kleine Blutergüsse an der Punktionsstelle. Diese sind harmlos und bedürfen meist keiner Behandlung.
- **selten:** kurzfristige Beschwerdezunahme durch Injektionsvolumen, Kopfschmerzen und Übelkeit (durch Reizung der Rückenmarkshäute);
- **selten:** Überempfindlichkeitsreaktionen auf das örtliche Betäubungsmittel oder auf die verabreichten Medikamente und/oder Kontrastmittel, die sich z.B. als Brechreiz, Juckreiz oder Hautausschlag äußern. Sie klingen in den meisten Fällen von selbst wieder ab;
- **sehr selten:** schwerwiegende Nebenwirkungen wie Atemnot, Herz-Kreislaufreaktion, Infektionen, größere Blutungen, Verletzung von Organen in der Nachbarschaft (z.B. Nerven, Gefäße, Lunge)
- **extrem selten:** schwere lebensbedrohliche allergische Reaktionen auf das Kontrast- oder örtliche Betäubungsmittel mit Herz-Kreislaufstillstand und Tod. Querschnittslähmung.

Patient:

geb.:

Worauf ist zu achten?

Vor der Untersuchung:

- Bitte bringen Sie ihre Röntgen-/CT-/MRT-Bilder und Ihr Überweisungsformular mit
- Bitte organisieren Sie ihre Heimfahrt, da Sie nach der Behandlung wenigstens 8 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen dürfen
- Bringen Sie ausreichend Zeit mit, da Sie nach der Behandlung mindestens eine ½ Stunde zur Überwachung bei uns bleiben

Nach der Behandlung:

- folgen Sie den Anweisungen des behandelnden Arztes
- **bei Fieber, erheblicher Schmerzzunahme, Lähmungen oder Atem- und Kreislaufbeschwerden unverzüglich den behandelnden Arzt oder ärztlichen Notdienst verständigen!**

Was der Arzt wissen muß,

um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und persönliche Risiken besser abschätzen zu können:

1. Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|
| - erhöhte Blutungsneigung / Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - Infektionskrankheit(z.B. Hepatitis, HIV / AIDS) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - Herzerkrankung – welche? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - Schilddrüsenerkrankung (insbesondere Überfunktion) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - Nierenfunktionsstörung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - Allergien | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein wenn ja, welche: _____ |

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Acetylsalicylsäure, Aspirin) ein? ja nein
Wann war die letzte Einnahme? **Am / bis zum:** _____

3. Wurden Sie bereits früher im selben Körperbereich behandelt? ja nein , wenn ja, wann und wo?

4. Frauen im gebärfähigen Alter:

Könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie? ja nein

5. Haben Sie einen **Röntgen-** oder **Allergie - Paß?** ja nein
wenn ja, bitte bei der Anmeldung vorlegen.

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

Ort / Datum / Uhrzeit

Unterschrift des Arztes

Einwilligungserklärung:

Über die geplante Behandlung hat mich **Herr Dr. Rutscheidt** / Fr./Hr. Dr.
in einem Aufklärungsgespräch ausführlich - auch über alternative Behandlungsmöglichkeiten - informiert. Dabei konnte ich alle, mir wichtig erscheinenden Fragen, z.B. über die in meinem Fall speziellen Risiken und möglichen Komplikationen stellen. Fragen zu möglichen Neben- und Folgeeingriffen und ihre Risiken wurden ebenfalls beantwortet.

Ich hatte ausreichend Bedenkzeit zur Einwilligung oder Ablehnung in die / der Behandlung. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit - nach ausreichender Bedenkzeit - in die geplante Behandlung ein. Mit erforderlichen Neben- und Folgemaßnahmen bin ich ebenfalls einverstanden.

Eine Kopie dieses Aufklärungsbogens wurde mir ausgehändigt.

Willich,

Ort / Datum / Uhrzeit

Unterschrift der Patientin / des Patienten