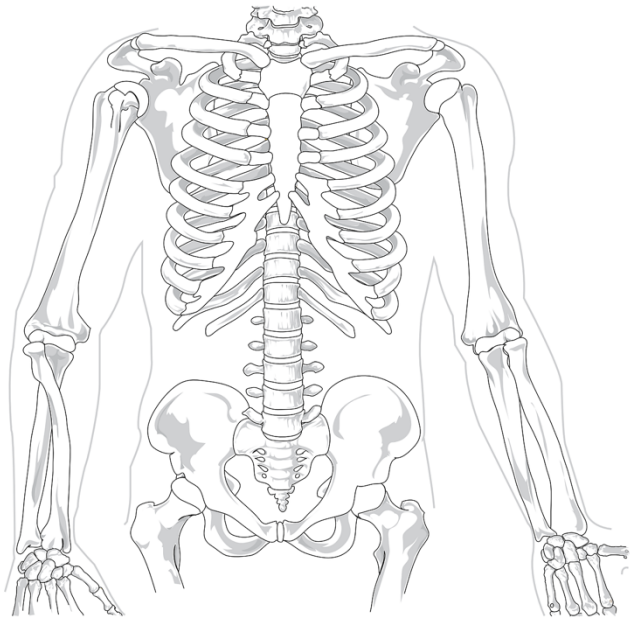
DIE RADIOLOGEN
GEMEINSCHAFTSPRAXIS BETZDORF
IM HÖFERGARTEN1 57518 BETZDORF
TEL 02741 97450 FAX 02741 9745167
WWW.RADIOLOGIE-BETZDORF.DE

Patienteninformation und Aufklärung:
CT-gesteuerte Schmerztherapie an der Wirbelsäule

Ihr behandelnder Schmerztherapeut hat Ihnen eine **CT-gesteuerte Schmerzbehandlung** empfohlen. Sie leiden unter Rückenschmerzen, die wahrscheinlich 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 ein. Nur in seltenen Fällen verspüren Patienten nach der Behandlung keine Besserung der Beschwerden.

■ Folgender Eingriff ist bei Ihnen geplant:



☐ **Periradikuläre Schmerztherpaie** (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** (Computertomographie) 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 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. Ausgenommen sind evtl. blutverdünnende Mittel zur Gerinnungshemmung (z.B. ASS).

■ Welches Medikament wird eingesetzt und wie wirkt es?

Wir verwenden das kortisonhaltige Medikament Volon A 40® (sog. Glukokortikoid) mit dem Wirkstoff Triamcinolonacetonid. 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 Risiken durch den Eingriff:

- Blutungen, Blutergüsse durch den Einstich
- Infektionen durch den Einstich, Abszesse (Bildung einer Eiterhöhle, die evtl. operativ-chirurgisch eröffnet werden muss)
- Infektionen mit multiresistenten Keimen, z.B. MRSA
- Verletzung von Nerven mit bleibenden Lähmungen oder Gefühlsstörungen
- Das Risiko einer Querschnittslähmung ist minimal, da der Eingriff in der Regel mit großem Abstand zum Rückenmark stattfindet
- Ungewollte Punktion des Duralschlauchs, der das Hirnwasser (Liquor cerebrospinalis) enthält, mit möglichem Austritt von Hirnwasser, hierdurch mögliche Folgerisiken:
    - Bleibendes Leck des Duralschlauchs mit dauerhaftem Austritt von Hirnwasser, sog. Liquorverlustsyndrom, das ggf. operativ-chriurgisch verschlossen werden muss, möglicher sog. postpunktioneller Kopfschmerz
    - Hirnhautentzündung (Meningitis) mit ggf. lebensbedrohlichem Zustand und bleibenden neurologischen Schäden und Symptomen wie z.B. Kopfschmerzen, Rücken-/Nackenschmerzen, Nackensteifigkeit, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Verwirrtheit, Lethargie
- Bei Auftreten eines oder mehrerer dieser Symptome ist eine unverzügliche ärztliche Behandlung und die Vorstellung in einer neurochirurgischen Notaufnahme (z.B. Jung-Stilling-Krankenhaus Siegen, Tel. 0271-3333)

Ersteller: Hr. Engel / Freigeber: QMB / Rev.: 10 / 18.01.2024

DIE RADIOLOGEN
GEMEINSCHAFTSPRAXIS BETZDORF
IM HÖFERGARTEN1 57518 BETZDORF
TEL 02741 97450 FAX 02741 9745167
WWW.RADIOLOGIE-BETZDORF.DE

nötig. Zögern Sie bei auftreten der Symptome auch nicht den Notarzt über Tel. 112 zu rufen, da sich schnell ein ggf. lebensbedrohlicher Zustand entwickeln kann.

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.

■ Wie hoch ist die Strahlenbelastung?

Wir sind Ärzte mit Strahlenschutzfachkunde und Sie können sich sicher sein, dass wir die Notwendigkeit Ihrer Untersuchung und Behandlung sorgfältig prüfen. Die Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen unterliegt strengen gesetzlichen Auflagen und wird überwacht. Die individuell für Sie notwendige Dosis ist von vielen Faktoren abhängig (z.B. vom Durchmesser des untersuchten Körperteils), deshalb kann sie nicht exakt vorausgesagt werden. Wird ein bestimmter Strahlenwert (Grenzwert) überschritten, heißt das nicht automatisch, dass dies tatsächlich gefährlich wird. Grenzwerte dienen nicht dazu zwischen gefährlich und ungefährlich zu unterscheiden. Die Überschreitung eines Grenzwerts bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten gesundheitlicher Folgen über einem theoretisch angenommenen Wert liegt. Das Gewebe von jüngeren Menschen ist grundsätzlich anfälliger für Strahlenschäden als das Gewebe älterer Menschen.
Die Dosis erhöht sich grundsätzlich bei Adipositas und bei metallischen Implantaten im Untersuchungsbereich (z.B. Hüftprothese).

■ In welchen Fällen darf der Eingriff <u>nicht</u> 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, COVID)
- Bei bis 2 Wochen vor dem Eingriff durchgeführter Schutzimpfung
- Bei Schwangerschaft

Liegen bei Ihnen o.g. Risikofaktoren vor, teilen Sie uns das bitte unverzüglich mit, in jedem Fall vor Planung und Beginn des Eingriffs.

■ 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.

■ Verhalten nach der Behandlung

Bitte kommen Sie mit einer Begleitperson zur Behandlung. Sie dürfen für einen Zeitraum von mindestens 6 Stunden nach der Behandlung kein Fahrzeug führen (z.B. Auto, Motorrad, Fahrrad, Boot, Flugzeug, usw.). Es sollten auch keine schweren Maschinen bedient werden bei denen grundsätzlich ein Unfallrisiko besteht (z.B. Gabelstapler o.ä.). Grund hierfür ist, dass ein nicht mit letzter Sicherheit auszuschließendes Risiko besteht, dass nach der Behandlung (vorübergehende) neurologische Ausfallerscheinungen auftreten können. Es könnte zu schweren Unfällen kommen, bei denen Sie sich selbst und andere in Gefahr bringen, wenn Sie ein Fahrzeug führen oder Maschinen bedienen. Treten nach der Behandlung Nebenwirkungen auf, suchen Sie unverzüglich einen Arzt auf und rufen Sie bei lebensbedrohlichen Symptomen (z.B. Atemnot, Ohnmacht) einen Notarzt.

DIE RADIOLOGEN
GEMEINSCHAFTSPRAXIS BETZDORF
IM HÖFERGARTEN 1 57518 BETZDORF
TEL 02741 97450 FAX 02741 9745167
WWW.RADIOLOGIE-BETZDORF.DE

Patienteninformation und Aufklärung:
CT-gesteuerte Schmerztherapie an der Wirbelsäule

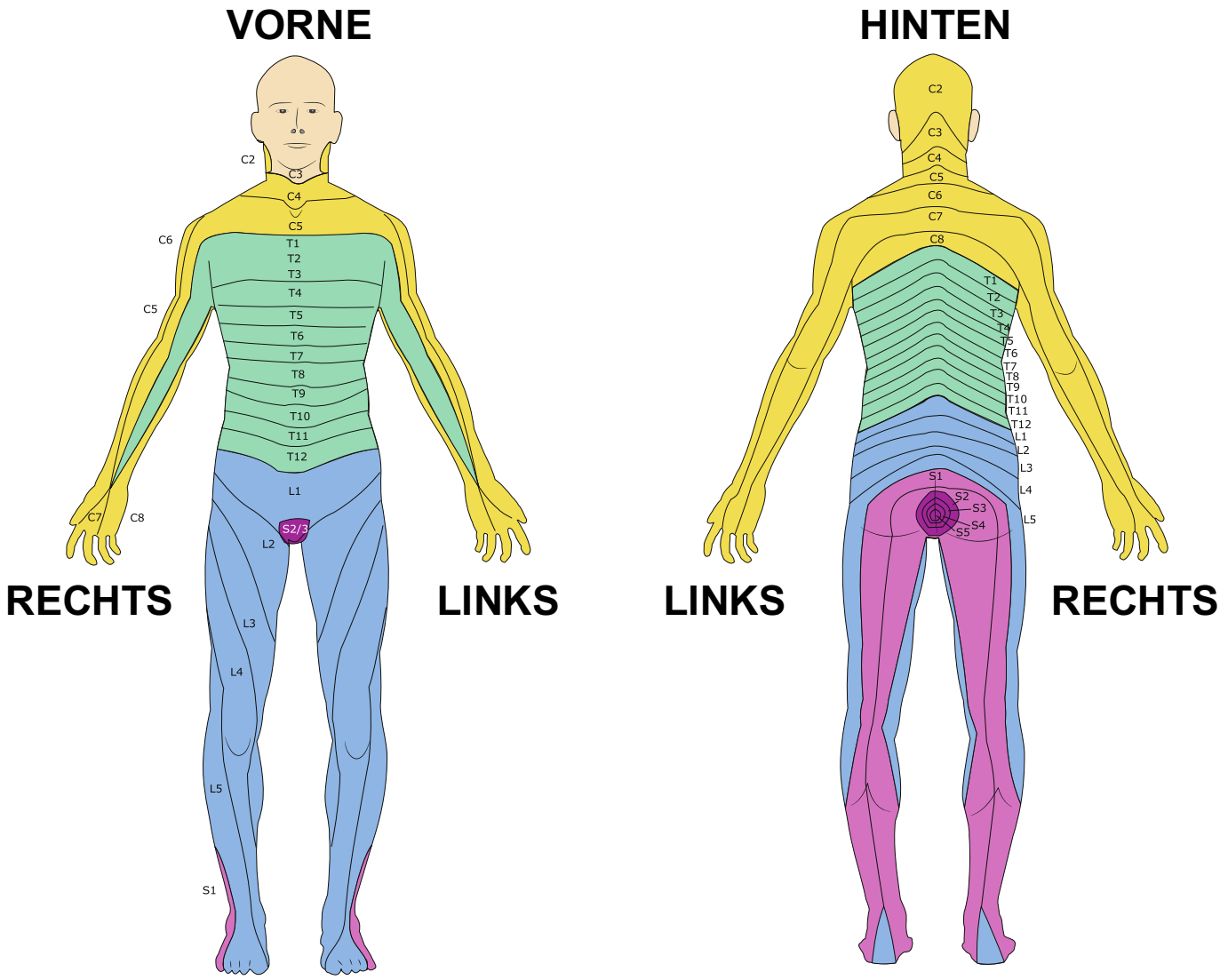
■ Fragebogen

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

DIE RADIOLOGEN
GEMEINSCHAFTSPRAXIS BETZDORF
IM HÖFERGARTEN 1 57518 BETZDORF
TEL 02741 97450 FAX 02741 9745167
WWW.RADIOLOGIE-BETZDORF.DE

Patienteninformation und Aufklärung:
CT-gesteuerte Schmerztherapie an der Wirbelsäule

■ Bitte markieren Sie an der Skizze möglichst genau und deutlich, wo Sie Schmerzen haben.
Bitte unterscheiden Sie rechts und links sowie vorne und hinten.



Ersteller: Hr. Engel / Freigeber: QMB / Rev.: 10 / 18.01.2024

DIE RADIOLOGEN
GEMEINSCHAFTSPRAXIS BETZDORF
IM HÖFERGARTEN 1 57518 BETZDORF
TEL 02741 97450 FAX 02741 9745167
WWW.RADIOLOGIE-BETZDORF.DE

Patienteninformation und Aufklärung:
CT-gesteuerte Schmerztherapie an der Wirbelsäule

■ Inhalte des ärztlichen Aufklärungsgesprächs, Notizen des Arztes zum Aufklärungsgespräch

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

Datum **Unterschrift des Arztes**

■ 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 (auch sehr seltene) mögliche Komplikationen wie Blutungen, Abszesse und Lähmungen bis hin zum Risiko einer Querschnittslähmung wurde ich aufgeklärt.
Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit **einverstanden**, dass die Radiologie Betzdorf meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke meiner weiteren Behandlung, Diagnostik und zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen erforderlich ist, an andere Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Leistungserbringer (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V) oder Kostenträger (z.B. Krankenversicherung) übermittelt und erforderliche Daten und Befunde bei den genannten Stellen erhebt und für die Zwecke der durch uns durchgeführten Behandlung und Diagnostik verarbeitet und nutzt. Sie können diese Willenserklärung in der Zukunft jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Die Datenverarbeitung zu Zwecken der Qualitätsprüfung ist gesetzlich im SGB V geregelt und bedarf nicht Ihrer Zustimmung.

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

☞ Ja: ☐ Nein: ☐

Datum **Ihre Unterschrift**