



## Aufklärungsbogen für CT-gesteuerte Schmerztherapie

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen ist eine spezielle Schmerzbehandlung vorgesehen, wegen akuter oder chronischer Schmerzen im Rücken und eventuell mit Ausstrahlung in Arm oder Bein.

Der Vorteil der CT-gesteuerten Behandlung liegt in der Möglichkeit, die schmerzlindernden Medikamente millimetergenau und in hoher Konzentration an den Ort zu bringen, an dem die Schmerzen entstehen. Die Lage der Injektionsnadel und die Verteilung der Medikamente wird mit Hilfe von wenigen CT-Aufnahmen überprüft. Die zu erreichenden Orte sind zum einen die Wirbelgelenke (Abb.1) und zum anderen die Nervenwurzeln (Abb.2). In diesen anatomischen Regionen des Körpers entstehen die Schmerzen.

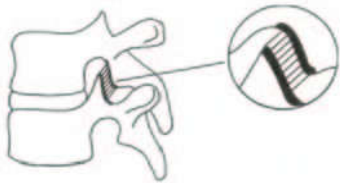


Abb.1

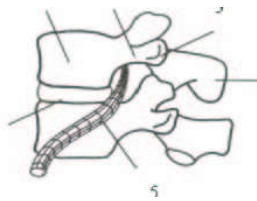


Abb.2.

### Untersuchungsablauf

Sie werden in Bauchlage auf dem CT-Untersuchungstisch gelagert. Auf den dann angefertigten CT-Aufnahmen kann man Wirbelkörper, Bandscheiben und Nerven erkennen.

Anschließend wird eine örtliche Betäubung durchgeführt und eine sehr dünne Punktionsnadel bis zu der Nervenwurzel oder dem Wirbelgelenk vorgeschoben.

Die Nadelspitze kann Millimeter genau platziert werden. Mit einer Injektion von ca. 1 ml Kontrastmittel wird die richtige Position dokumentiert.

Danach wird ein Gemisch aus einem lang wirkendem Betäubungsmittel und Cortison gespritzt.

Bei der Injektion kann es durch den erhöhten Gewebedruck kurzzeitig zu einer Verstärkung der Schmerzen kommen, die aber nach wenigen Sekunden wieder nachlässt.

### Nach der Untersuchung

Die gesamte Prozedur dauert etwa 10 Minuten. Durch die Medikamente wird die Nervenwurzel betäubt und es kann für einige Stunden zu einem Taubheits- und Schwächegefühl auf der behandelten Körperseite kommen. Sie sollten deshalb noch etwa 30 Minuten in den Räumen der Praxis verweilen und eine Begleitperson mitbringen.

In der Regel ist der Behandlungseffekt nach wenigen Minuten spürbar. Die Wirkung des Betäubungsmittels lässt nach mehreren Stunden langsam wieder nach. Durch die entzündungshemmende Wirkung des Cortisons wird aber ein Langzeiteffekt erreicht.

Wenn die Behandlung erfolgreich ist kann sie im Abstand von etwa 4-6 Wochen wiederholt werden. Der Behandlungseffekt kann insbesondere bei Therapien im Bereich der LWS durch eine begleitende Krankengymnastik verstärkt werden. Ihr weiter behandelnder Arzt kann Sie diesbezüglich beraten.

### Risiken der Untersuchung

Da die Behandlung zeitlich begrenzt bleibt, kommen eventuelle Nebenwirkungen kaum zum Tragen. Bei Patienten, die zu einem erhöhten Blutdruck oder erhöhten Blutzuckerwerten neigen, ist eine anschließende Kontrolle dieser Parameter ratsam. Diese Probleme müssen mit dem Arzt besprochen und gegen den schmerzlindernden Effekt abgewogen werden. Meist verschwinden die angesprochenen Probleme, wenn man die Behandlung aussetzt von allein. Eine weitere Möglichkeit ist die Verwendung geringerer Medikamentendosen.

Sehr selten treten Überempfindlichkeitsreaktionen auf das Kontrastmittel oder Medikamente (z.B. Betäubungsmittel) auf, die sich als Juckreiz, Hautausschlag, Übelkeit oder ähnliche leichtere Reaktionen äußern.

Schwerwiegende allergische Erscheinungen (z.B. Atemstörungen oder Herz-Kreislaufstörungen), Infektionen, Gefäßverletzungen oder bleibende neurologische Störungen (z.B. Querschnittslähmung oder Schlaganfall) sind extrem selten.

Methodisch bedingt kann es durch die lokale Betäubung zu einer kurzzeitigen Lähmung der behandelten Extremität kommen, die nach einigen Stunden wieder nachlässt.



**Bitte beachten Sie, dass Sie in dieser Zeit selbst kein KFZ führen dürfen und**

**dass eine Begleitperson zur Behandlung mitkommt.**

### Angaben zu bestehenden Vorerkrankungen

Sind bei Ihnen Allergien bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Medikamente)? .....**Ja**  **Nein**

Traten bei früheren Untersuchungen mit Kontrastmittel oder Betäubungsmitteln Reaktionen auf (z.B. Hautausschlag, Atemnot, Kreislaufversagen)?...**Ja**  **Nein**

Nehmen Sie Medikamente zur Gerinnungshemmung ein (z.B. Marcumar, ASS, Plavix)?.....**Ja**  **Nein**

Marcumar (muss vorher abgesetzt werden, Quickwert > 60%) .....

ASS (kann weiter eingenommen werden).....

Neigen Sie zur erhöhten Blutungen, selbst bei kleinen Verletzungen?.....**Ja**  **Nein**

Liegt oder lag bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten vor?

Blutgerinnungsstörungen, Thrombozytopenie, Überfunktion der Schilddrüse, Zuckerkrankheit (Diabetes), Magen-Darmerkrankungen, Bluthochdruck.....**Ja**  **Nein**

Besteht eine Schwangerschaft (nur für Frauen im gebärfähigen Alter)? .....**Ja**  **Nein**

### Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass die Radiologische Praxis am Kulturbahnhof in Kassel zum Zwecke meiner Weiterbehandlung die erstellten Untersuchungsbefunde an die weiterbehandelnden Ärzte weiterleiten darf. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. ....**Ja**  **Nein**

### Einwilligungserklärung

Über Notwendigkeit, Art, Zweck und Hergang des Eingriffes wurde ich in einem Gespräch in einer mir verständlichen Form informiert. Mir ist bekannt, dass unter Umständen das Ziel der Behandlung nicht erreicht oder sogar Komplikationen auftreten können. Alle mir bekannten Leiden, besonderen Reaktionsweisen (Allergien) und Medikamenteneinnahmen habe ich genannt. Ich bin darüber informiert worden, dass ich nach der Behandlung 12 Stunden lang kein Fahrzeug führen und keine Maschinen bedienen darf.

**Ich habe keine weiteren Fragen und gebe hiermit meine Einwilligung zu dem Eingriff.**

**Kassel, den** \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer

Arzt

### Aufklärungsunterlagen

Ich wurde darüber informiert, dass ich nach § 630e (2) Satz 2 BGB Anspruch auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens habe.

**Ich verzichte auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens.**

**Ich wünsche eine Kopie und bestätige, eine Kopie erhalten zu haben.**

oder

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer