

Patientendaten

Name, Vorname	Geburtsdatum
PLZ Ort , Straße	Telefonnummer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden zu einer **CT-Intervention** überwiesen um Beschwerden (vornehmlich Rückenschmerzen) zu lindern, die durch die Reizung einer oder mehrerer Nervenwurzeln und/oder der kleinen Wirbelgelenke (Facetten-, Costotransversal-, Costovertebralgelenke) und/oder der Ileosacralgelenke hervorgerufen werden. Es handelt sich dabei um eine symptomatische, schmerzlindernde Therapie, welche die morphologischen Ursachen aber nicht grundsätzlich beseitigt.

Bei diesem Therapieverfahren wird mit Hilfe eines Computertomographens das Instrumentarium (meist dünne Injektionsnadeln) „unter Sicht“ bis an die zu behandelnde Stelle im Organismus (Nerv, Gelenk) gebracht und dann das Therapeutikum (Medikament, Alkohol, Radiofrequenz/Hitze) gezielt und präzise verabreicht. In vielen Fällen ist diese Behandlung fraktioniert angelegt, d.h. es erfolgen mehrere Therapiesitzungen im Intervall (z.B. 4 Therapien im Intervall von 4 Wochen). Erst nach Abschluss einer Behandlungsserie kann deren Wirksamkeit sicher bewertet werden.

Vorbereitung:

Die Indikation zu dieser ambulanten Intervention sollte durch einen Facharzt für Orthopädie oder Chirurgie/Neurochirurgie gestellt werden, nachdem konventionelle Behandlungsmaßnahmen ohne dauerhafte Linderung geblieben sind. Oft ist im Vorfeld bildgebende Diagnostik erfolgt, deren Ergebnisse Sie uns bitte zur Verfügung stellen, falls diese nicht in unserer Praxis durchgeführt wurde. Gegebenenfalls erfolgt vor der eigentlichen Intervention nochmals eine diagnostische CT-Serie.

Sie müssen **nicht nüchtern** sein.

Bitte bringen Sie einen **gültigen Überweisungsschein**, sowie diese Patientenaufklärung mit. Der behandelnde Arzt wird die gewählte Therapieform mit Ihnen besprechen, Sie haben die Möglichkeit Fragen zu stellen und können Ihr Einverständnis zur Intervention jederzeit zurückziehen. Die Kosten für die CT-Intervention werden in der Regel durch Ihre Krankenkasse getragen.

Ablauf der Behandlung:

Sie werden auf dem CT-Tisch in Bauchlage positioniert, was durchaus als unbequem empfunden werden kann. Danach erfolgt eine umfangreiche Hautdesinfektion um aseptische Interventionsbedingungen zu schaffen. Nach CT- und lasergestützter Positionierung erfolgen eine lokale Betäubung und die Punktion mit einer sterilen Sonde, über welche das Therapeutikum präzise am Wirkort platziert wird. Während und nach der Therapie erfolgen weitere, einzelne computertomographische Kontrollen um die stets korrekte Lokalisation zu dokumentieren. Nach der Punktion werden die Injektionsstellen mit sterilen Wundverbänden abgedeckt, die für 12 Stunden nicht entfernt werden sollten. Da am ehesten unmittelbar nach der Behandlung mit Nebenwirkungen zu rechnen ist, bitten wir Sie für mindestens 30 Minuten in der Praxis zu verbleiben, damit wir Ihnen ggf. helfen können. Die Behandlungs- und Nachbeobachtungszeit beträgt somit ca. **1 Stunde**. Generell empfehlen wir Ihnen ausdrücklich, sich nach der Behandlung durch eine helfende Person begleiten zu lassen. Sie sollten anschließend nicht selbst Auto fahren, wenngleich es nicht grundsätzlich untersagt werden kann.

Folgende **Komplikationen** oder **Nebenwirkung** können **prinzipiell** auftreten:

- Blutungen und/oder Entzündungen im Punktionskanal,
- Verletzungen von Blutgefäßen und Nerven in Nähe des Wirkortes, die Gefahr irreversibler Schäden ist aber wegen der CT-Bildgebung während der Intervention auf ein minimales Risiko reduziert,
- allergische Reaktionen auf Glukokordikoide, Betäubungsmittel oder Kontrastmittel, oder
- andere Nebenwirkungen dieser Medikamente, insbesondere bei bestehenden **Vorerkrankungen** wie z.B. **Magen-/Darmgeschwüren, Diabetes mellitus, Glaukom, Kreislauf-, Blutgerinnungs- und Stoffwechselstörungen**).
Bitte wenden!

MEDPOL Jena

Zeitzer Str. 20; 07743 Jena
 Tel. 03641 / 35 80 00; Fax: 03641 / 35 80 22
 jena@medpol.de

MEDPOL Erfurt

Am Urbicher Kreuz 11; 99099 Erfurt
 Tel: 0361 / 65 32 06 00; Fax: 0361 / 65 32 06 66
 erfurt@medpol.de

Formular: **Patientenaufklärung CT-Intervention**

Seite 2 von 2

Bei Ihnen ist folgende CT-Intervention und folgendes Behandlungsschema vorgesehen:

Informationen für den Arzt

Wurden Sie in der letzten Zeit in der entsprechenden Region operiert oder anderweitig therapiert? () nein () ja

Wann? _____

Was? _____

Ist bei Ihnen eine der umseitig, zuletzt genannten Vorerkrankungen zutreffend? () nein () ja

Welche? _____

Haben Sie zur Zeit Schmerzen? () nein () ja

Wo? _____

Nehmen Sie Medikamente zur „Blutverdünnung“ (z.B. Marcumar, ASS) ein? () nein () ja

Welche? _____

Besteht eine Infektionskrankheit oder meldepflichtige Infektion mit Krankheitserregern? () nein () ja

Welche? _____

Besteht eine Allergie?

Welche? _____

() nein () ja

♀ Könnten Sie schwanger sein? () nein () ja

Nehmen Sie die Pille? () nein () ja

Intrauterinpeessar (Spirale)? () nein () ja

Zeitpunkt der letzten Regelblutung: _____

MTRA

Einwilligungserklärung

Ich hatte genügend Zeit mich mit den Besonderheiten der Therapie zu beschäftigen.

Alle meine Fragen wurden mir ausreichend beantwortet.

Nach gründlicher Überlegung willige ich in die CT-Intervention und die damit verbundenen Risiken ein.

Ich bin damit einverstanden, dass Bilder und Befunde von Untersuchungen/Behandlungen auch auf digitalem Wege an meine behandelnden Ärzte übermittelt werden.

Die Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen und willige in die Datenverarbeitung ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Patientenaufklärung gelesen und verstanden habe. Mir wird dieses Dokument abschließend ausgehändigt. Ich bin einverstanden, dass eine digitale Kopie erstellt wird, die zur Dokumentation archiviert wird.

Ort, Datum_____
Unterschrift Patient_____
Unterschrift Arzt**Anmerkungen**