

| | | |
|--|---|--|
| Geltungsbereich: | Formular |  |
| Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg | Patientenaufklärung CT- gesteuerte Schmerztherapie | |

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bei Ihnen soll heute eine Schmerztherapie durchgeführt werden unter Zuhilfenahme einer Computertomographie. Hierbei handelt es sich um ein modernes Verfahren, welches mit Hilfe von Röntgenstrahlen dreidimensionale Schichtbilder des Körpers in hoher Auflösung erzeugen kann. Die Therapie wird im Liegen durchgeführt und dauert in der Regel nur wenige Minuten. Das CT ermöglicht es uns, die Nadel für die Therapie sehr gezielt auf das Problem-verursachende Areal zu richten, so dass umliegendes Gewebe geschont und ein maximaler therapeutischer Effekt erzielt werden kann.

Für den Behandlungserfolg wird an die zu therapierende Stelle (Nervenwurzeln oder Gelenk der HWS, LWS oder Iliosacralgelenke) eine geringe Menge (5-10ml) eines Gemisches verabreicht, welches lokales Betäubungsmittel und hochwirksames Cortison enthält, sowie eine sehr geringe Menge jodhaltiges Kontrastmittel (zur Lagekontrolle). Das Cortison wirkt nur lokal an der Injektionsstelle und hat somit keine typischen Cortison-Nebenwirkungen auf den Körper.

Während der Untersuchung sollten Sie ruhig auf dem Bauch liegen. Der Arzt wird zunächst unter CT-Kontrolle Markierungen auf der Haut vornehmen, danach folgt die örtliche Betäubung. Danach wird die Nadel in Richtung des zu therapierenden Areals vorgebracht. Die Lage der Nadel wird stets kontrolliert. Hierzu wird der Arzt kurz das Zimmer verlassen. Sie sind aber ständig in Sicht und unter Überwachung durch unser Fachpersonal.

Die Therapie wird i.d.R. sehr gut vertragen. Kurz kann es durch den Kontakt der Nadel zum Nerven zu einem typisch einschließenden „elektrischen“ Gefühl in der Extremität kommen. Dies ist nicht gefährlich und bestätigt uns, die korrekte Position gefunden zu haben. Nach Abgabe des Gemisches ist ein kurzes Druckgefühl möglich durch das

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
| RTO RAD CT Patientenaufklärung CT- gesteuerte Schmerztherapie.doc | | Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.07.21 |
| Versionsnummer: 1.1 geplante Revision am: 01.01.2024 | | Erstellt: Dr. T. Spehl, 23.06.21 |
| | | 1/4 |

| | | |
|--|---|--|
| Geltungsbereich: | Formular |  |
| Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg | Patientenaufklärung CT- gesteuerte Schmerztherapie | |

Volumen, welches sich aber rasch verteilt. Eine kurzzeitige Schwäche in der jeweiligen Extremität kann vorkommen und bildet sich nach 4-6 h zurück, dies ist auf das lokale Betäubungsmittel zurückzuführen und kein Ausdruck einer Nervenschädigung. Allerdings sollten Sie deswegen bis mind. 8h nach dem Eingriff mit Kraftminderung rechnen und sind daher auch nicht in der Lage, ein PKW oder schwere Maschinen zu bedienen. Bitte organisieren Sie sich eine Abhol- bzw. Begleitperson.

Sonstige unerwünschte Wirkungen sind sehr selten. Es kann sehr selten und Nerven- oder Gefäßverletzungen kommen, sowie zum Entstehen eines Blutergusses, dieser kann einige Tage schmerzhaft sein. Sehr selten können durch Verschleppung von Keimen (trotz Einhaltung aller erforderlichen Sterilitätsmaßnahmen) Infektionen in der Haut oder in der Tiefe entstehen, in extrem seltenen Fällen kann es zu eitrigen Einschmelzungen / Abszesse kommen, die antibiotisch behandelt oder sogar operativ therapiert werden müssen.

Mit der Durchführung unter CT-Kontrolle kommt es ferner zu einer geringen Strahlenexposition. Da wir das Untersuchungsareal in der CT aber auf wenige Zentimeter beschränken können, ist die Gesamtstrahlung sehr niedrig.

| | | |
|--|--|---|
| RTO RAD CT Patientenaufklärung CT- gesteuerte Schmerztherapie.doc | | Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.07.21 |
| Versionsnummer: 1.1 geplante Revision am: 01.01.2024 | | Erstellt: Dr. T. Spehl, 23.06.21 2/4 |

| | | |
|--|--|---|
| Geltungsbereich: | Formular | RADIOLOGIE TEAM  Radiologie und Nuklearmedizin ORTENAU |
| Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg | Patientenaufklärung CT-gesteuerte Schmerztherapie | |

Zu ihrer Sicherheit bitten wir Sie, noch einige Fragen zu beantworten:

Haben Sie schon einmal eine Computertomographie / CT erhalten?

Ja Nein

Wenn ja, wann: _____

Haben Sie schon einmal Röntgen-Kontrastmittel erhalten?

Ja Nein

Wenn ja, wann: _____

Haben Sie eine bekannte Allergie gegen Kontrastmittel?

Ja Nein

Haben Sie eine Gerinnungsstörung?

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Besteht bei ihnen eine sonstige Allergie?

Ja Nein

Wenn ja, wogegen : _____

Könnten Sie schwanger sein?

Ja Nein

Stillen Sie?

Ja Nein

Notizen:

| | | |
|--|--|---|
| RTO RAD CT Patientenaufklärung CT-gesteuerte Schmerztherapie.doc | | Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.07.21 |
| Versionsnummer: 1.1 geplante Revision am: 01.01.2024 | | Erstellt: Dr. T. Spehl, 23.06.21 3/4 |

| | | |
|--|---|--|
| Geltungsbereich: | Formular |  |
| Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg | Patientenaufklärung CT- gesteuerte Schmerztherapie | |

Einwilligung in die Untersuchung:

Ich habe die Aufklärung gelesen und verstanden. Die Bedenkzeit war ausreichend. Meine Fragen diesbezüglich wurden geklärt und ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. Die untenstehenden Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen und erkläre mich einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/Patientin bzw. gesetzl. Vertreter: _____

Unterschrift Arzt: _____

Kopie der Aufklärungsunterlagen/Fragebogen:

Dem Patienten steht es zu, Abschriften von Unterlagen zu erhalten, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung und Einwilligung unterzeichnet hat. Dies betrifft zunächst nur die Aufklärungsunterlagen, es geht nicht um eine Kopie des Befundberichtes.

- Ich wünsche eine Kopie *dieses Fragebogens* (nicht der Befundbericht!)
- Ich wünsche keine Kopie *dieses Fragebogens*

Datenschutzhinweis

Bei Ihrer Untersuchung werden im Rahmen der Untersuchung vertrauliche Daten erhoben und gespeichert. Wir halten uns streng an die gesetzlichen Regelungen, insbesondere an das Bundesdatenschutzgesetz und die Datenschutzgrundverordnung. Grundsätzlich übermitteln wir nur dann Daten an Dritte, wenn ein Gesetz dieses erlaubt oder vorschreibt, oder wenn Sie mit dieser Übermittlung einverstanden sind. Ihr behandelnder Arzt hat Sie in unsere Praxis überwiesen, um eine bestimmte Untersuchung durchführen zu lassen. Im Rahmen unserer Mit- und Weiterbehandlung gehen wir daher davon aus, dass Sie zur Gewährleistung einer optimalen Behandlung damit einverstanden sind, dass wir die Untersuchungsergebnisse, Bilddaten und den Arztbrief ihrem behandelnden Arzt (postalisch, per Fax, digital) übermitteln. Falls für Ihre Weiterbehandlung medizinisch notwendig, werden wir die Daten ggf. auch an weiterbehandelnde andere Ärzte und/oder Krankenhäuser übermitteln oder Daten und Befunde von entsprechenden Voruntersuchungen zum Vergleich anfordern. Sollte Sie dies nicht wünschen, bitten wir Sie, dies explizit auf diesem Bogen zu vermerken. Der Übermittlung können Sie jederzeit, auch später, widersprechen.

Ablehnung der Untersuchung:

Die Untersuchung wurde nach ausführlicher Aufklärung **abgelehnt**. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile wurde ausführlich informiert.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter

Unterschrift Arzt

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
| RTO RAD CT Patientenaufklärung CT- gesteuerte Schmerztherapie.doc | | Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.07.21 |
| Versionsnummer: 1.1 geplante Revision am: 01.01.2024 | | Erstellt: Dr. T. Spehl, 23.06.21 |
| | | 4/4 |