


Geltungsbereich:	Dok-Nr. 2.1.2.019	
<input checked="" type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input checked="" type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung Arthrographie	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:


Sehr geehrte*r Patient*in,

Bei Ihnen soll eine Gelenkpunktion mit intraartikulärer Kontrastmittelgabe (sog. Arthrographie) erfolgen. Dies dient zur Verbesserung der Feinbeurteilbarkeit kleiner Strukturen, z.B. der Gelenkklippe (Labrum) oder kleiner Sehnen bzw. Bänder.

Der Eingriff erfolgt in Lokalanästhesie und ist schmerzarm. Unter CT- oder Ultraschall-Kontrolle bringen wir eine dünne Nadel bis ins Gelenk und geben dort eine geringe Menge Kontrastmittel (10-15ml) ein. Bei einer Durchführung mit CT ist eine sehr geringe Strahlenbelastung mit der Maßnahme verbunden. Nach einer kurzen Wartezeit, in der sich das Kontrastmittel verteilt, wird dann die Anschlussuntersuchung im MRT durchgeführt.

Komplikationen sind sehr selten und nur im Ausnahmefall behandlungsbedürftig. Möglich, aber sehr selten, sind Verletzungen von Nerven oder Gefäßen. Es können kurzzeitige Gefühlsstörungen auftreten, die sich aber zurückbilden, langfristige oder dauerhafte Schäden sind extrem selten. Es kann am Injektionsort ein kleiner Bluterguss auftreten, dieser ist normalerweise nicht behandlungsbedürftig. In sehr seltenen Fällen kann es zu einer Verschleppung von Keimen ins Gelenk kommen. Dies kann zu Entzündungen im Gelenk führen, die ggf. antibiotisch oder mit einer Gelenkspülung behandelt werden müssen. In sehr seltenen Fällen kann es zu Schädigungen am Gelenk führen, die eine vorzeitige Arthrose begünstigen können und die Beweglichkeit des Gelenks einschränken. Sollten im Anschluss an die Untersuchung eine dieser Komplikationen auftreten, suchen Sie bitte umgehend einen Arzt auf (Wiedervorstellung bei uns, ggf. Notaufnahme Klinikum).

2.1.2.019 Patientenaufklärung Arthrographie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 06.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.06.21 1/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr. 2.1.2.019	RADIOLOGIE TEAM  Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input checked="" type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input checked="" type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung Arthrographie	

Ein geringes Irritationsgefühl an der Punktionsstelle und ein Spannungsgefühl im Gelenk kann vorkommen und hält in der Regel ca. 1 Tag an. Meist bildet es sich ohne Behandlung wieder zurück. Das Kontrastmittel wird über die Niere restlos ausgeschieden. Da das Gelenk durch die Untersuchung ggf. vermindert beweglich ist, ist das Bedienen schwerer Maschinen sowie das Führen eines KFZ für 24h nicht erlaubt. Bitte organisieren Sie ggf. einen Fahrer.

Um die Sicherheit zu erhöhen, möchten wir Sie bitten, noch einige kurze Fragen zu beantworten.

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Haben Sie schon einmal eine Gelenkpunktion erhalten:

Ja Nein

Wenn ja, welches Gelenk ? : _____

Besteht bei ihnen eine Allergie? Wenn ja, gegen welche Substanzen:

Ja Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie eine bekannte Gerinnungsstörung?

Ja Nein


Könnten Sie schwanger sein?

Ja Nein

Stillen Sie?

Ja Nein

2.1.2.019 Patientenaufklärung Arthrographie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 06.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.06.21 2/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr. 2.1.2.019	RADIOLOGIE TEAM  Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input checked="" type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input checked="" type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung Arthrographie	

Fragen/Notizen:

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*

2.1.2.019 Patientenaufklärung Arthrographie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 06.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.06.21 3/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr. 2.1.2.019	
<input checked="" type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input checked="" type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung Arthrographie	

Datenschutzinformation

Sehr geehrte*r Patient*in

im Rahmen Ihrer Behandlung in unserer Praxis ist es zwingend erforderlich, personenbezogene Daten von Ihnen zu erheben und zu verarbeiten. Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns dabei sehr wichtig. Gemäß Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) möchten wir Sie daher über die Verarbeitung Ihrer Daten informieren und um Ihre Einwilligung bitten.

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:

Das Radiologie Team
Klosterstraße 17/1
77933 Lahr/Schwarzwald
Tel: 0781 92560
datenschutz@das-radiologie-team.de

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt zum Zweck der Durchführung radiologischer Untersuchungen sowie zur Erstellung von Befunden und Berichten. Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ergibt sich aus Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, da die Verarbeitung zur Erfüllung des mit Ihnen geschlossenen Behandlungsvertrags erforderlich ist.

Grundsätzlich werden Ihre Daten nur an Dritte übermittelt, wenn ein Gesetz dies erlaubt bzw. vorschreibt, oder Sie mit dieser Übermittlung einverstanden sind. Im Rahmen unserer Mit- und Weiterbehandlung gehen wir davon aus, dass Sie zur Sicherung einer optimalen Behandlung damit einverstanden sind, dass wir die Untersuchungsergebnisse, Bilddaten und den Arztbrief ihrem behandelnden Arzt (per Post, Fax oder digital) übermitteln. Wenn es für Ihre Behandlung notwendig ist, können wir Ihre Daten an andere Ärzte oder Krankenhäuser weitergeben oder Voruntersuchungen anfordern, um sie zu vergleichen. Sollten Sie dies nicht wünschen, bitten wir Sie, dies explizit uns gegenüber zur Kenntnis zu bringen (schriftlich oder mündlich). Ihre Einwilligung können Sie jederzeit, auch später, widerrufen.

Sollten Sie Fragen zum Datenschutz haben, kontaktieren Sie bitte unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@das-radiologie-team.de

Mit freundlichen Grüßen
Das Radiologie Team

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

2.1.2.019 Patientenaufklärung Arthrographie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 06.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.06.21