


Geltungsbereich:	2.1.2.022	
<input checked="" type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input checked="" type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung CT-gesteuerte Schmerztherapie	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte*r Patient*in,


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 und einzelne CT-Aufnahmen anfertigen lassen. 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 einschießenden „elektrischen“ Gefühl in der Extremität kommen. Dies ist nicht gefährlich und bestätigt uns, die korrekte Position gefunden zu

2.1.2.022 Patientenaufklärung CT-gesteuerte Schmerztherapie.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, 23.06.21
		1/5


Geltungsbereich:	2.1.2.022	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 CT-gesteuerte Schmerztherapie	

haben. Nach Abgabe des Gemisches ist ein kurzes Druckgefühl möglich durch das 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. 24h 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, extrem selten können Nervenschädigungen auch dauerhaft auftreten. 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 / Abszessen kommen, die antibiotisch behandelt oder sogar operativ therapiert werden müssen.

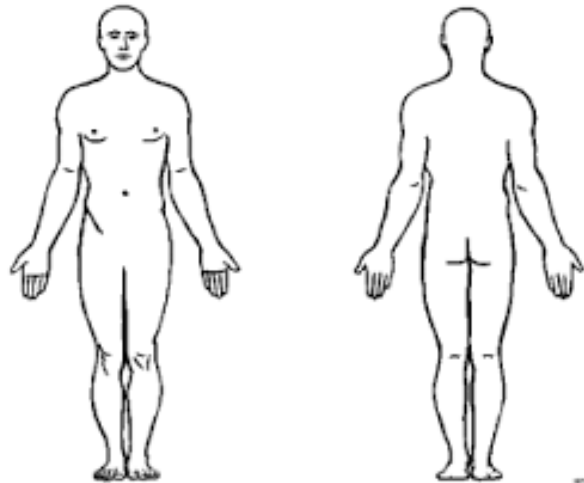
Mit der Durchführung unter CT-Kontrolle kommt es ferner zu einer geringen Strahlenexposition. Da wir das Untersuchungsareal in der CT aber auf wenige Zentimeter beschränken können, ist die Gesamtstrahlung sehr niedrig.

2.1.2.022 Patientenaufklärung CT-gesteuerte Schmerztherapie.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, 23.06.21 2/5

Geltungsbereich:	2.1.2.022	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 CT-gesteuerte Schmerztherapie	

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

Wo sind Ihre Beschwerden (bitte im Schaubild markieren)?



Haben Sie schon einmal eine Computertomographie / CT erhalten?

Ja Nein weiß nicht

Wenn ja, wann: _____

Haben Sie schon einmal Röntgen-Kontrastmittel erhalten?

Ja Nein weiß nicht

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

2.1.2.022 Patientenaufklärung CT-gesteuerte Schmerztherapie.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, 23.06.21 3/5

Geltungsbereich:	2.1.2.022	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 CT-gesteuerte Schmerztherapie	

Wenn ja, welche: _____

Besteht bei ihnen eine sonstige Allergie?

Ja Nein

Wenn ja, wogegen: _____

Könnten Sie schwanger sein?

Ja Nein

Stillen Sie?

Ja Nein

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*

2.1.2.022 Patientenaufklärung CT-gesteuerte Schmerztherapie.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, 23.06.21

Geltungsbereich:	2.1.2.022	
<input checked="" type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input checked="" type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung CT-gesteuerte Schmerztherapie	

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

2.1.2.022 Patientenaufklärung CT-gesteuerte Schmerztherapie.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, 23.06.21