



Patientenaufklärung zur CT-gesteuerten Schmerztherapie (PRT, Facetten-, ISG-Infiltration)

Sie wurden in unsere Praxis zur Durchführung einer CT-gesteuerten Schmerztherapie überwiesen. Diese Methode kombiniert die Vorteile einer Computertomographie (CT) mit gezielter Schmerzbehandlung. Die CT ist ein spezielles Röntgenverfahren, das eine überlagerungsfreie, dreidimensionale Darstellung des Körperinneren ermöglicht.

Für die Schmerztherapie liegen Sie in Bauchlage auf einer Liege und werden durch die Öffnung des CT-Geräts gefahren. Unter CT-Sichtkontrolle wird eine dünne Sonde exakt an den zu behandelnden Bereich herangeführt. Um die Verteilung der späteren Medikamente zu überprüfen, wird (falls notwendig) ein Kontrastmittel injiziert. Im Anschluss an die Lagekontrolle erfolgt die Injektion eines Lokalanästhetikums sowie eines Corticosteroids direkt in das Zielgebiet. Für Planung und Durchführung dieser Schritte sollten Sie etwa 5 Minuten einplanen. Im Anschluss warten Sie bitte auf den Befundbericht. Die gesamte Dauer der Therapie inklusive Nachbeobachtung beträgt in der Regel etwa 45 Minuten.

Falls Sie einen Röntgenpass besitzen, tragen wir die Untersuchung selbstverständlich gerne für Sie ein.

Mögliche Nebenwirkungen

Durch die Intervention	Durch Medikamente (Kontrastmittel, Corticoid, Lokalanästhetika)
Häufig • Vorübergehende Kraftminderung: Bitte nehmen Sie daher in den folgenden 8 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teil • Durch das Injektionsvolumen kann es kurzfristig zu einer Zunahme der Beschwerden kommen, gelegentlich auch zu Kopfschmerzen oder Übelkeit infolge einer Reizung der Rückenmarkshäute	Häufig • Reaktionen auf das Corticosteroid: ○ Schwellung (Ödem), Rötung oder Spannungsgefühl der Gesichtshaut sind möglich. ○ Bei wiederholter Anwendung kann vorübergehend Akne auftreten (meist harmlos)
Selten • Blutungen (ggf. Absetzen von blutverdünnenden Medikamenten) • Gelenkergüsse • Serome • Infektionen (zur Vermeidung einer Infektion wird die Hautstelle vor der Injektion mehrfach desinfiziert, ggf. werden Haare entfernt.)	Selten • Allergische Reaktionen auf das Kontrastmittel (Hautausschlag, Juckreiz oder Kreislaufreaktionen) • Überempfindlichkeitsreaktionen auf Medikamente oder Lokalanästhetika (Brechreiz, Juckreiz oder Hautausschlag)
Sehr selten • Sensibilitätsstörungen oder Krafteinschränkungen der behandelten Nerven können auftreten (diese bilden sich in der Regel innerhalb von 1–2 Tagen vollständig zurück)	Sehr selten • Schwere allergische Reaktionen (anaphylaktischer Schock) Für diesen Notfall halten wir geeignete Notfallmedikamente bereit

Zu Ihrer Sicherheit bitten wir Sie vor jeder erneuten Untersuchung um die Beantwortung folgender Fragen:

A) Fragebogen

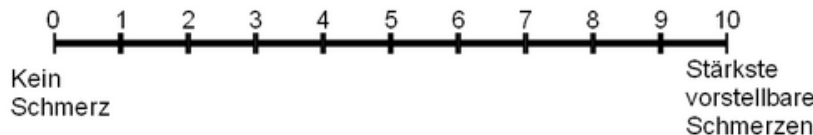
1. Welche Beschwerden führen Sie zu uns? (seit wann bestehen die Beschwerden)

2. Körpergröße: _____ cm

3. Gewicht: _____ kg

4. Wie groß sind Ihre aktuellen Beschwerden?

(0- Keine Beschwerden, 10- stärkste Beschwerden)



In Ruhe: _____/10

Bei Belastung: _____/10

5. Haben Sie schon einmal auf ein Schmerzmittel allergisch reagiert?

☐ Ja ☐ Nein

- Falls ja, welches? _____

6. Haben Sie schon einmal Kontrastmittel erhalten?

☐ Ja ☐ Nein

- Falls ja, haben Sie auf das Kontrastmittel allergisch reagiert? ☐ Ja ☐ Nein
- Falls ja, welche allergischen Reaktionen sind aufgetreten? _____

7. Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

☐ Ja ☐ Nein

- Falls ja, welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

8. Ist bei Ihnen Diabetes mellitus bekannt?

☐ Ja ☐ Nein

9. Ist bei Ihnen eine ansteckende Krankheit bekannt? (z.B. HIV oder Hepatitis)

☐ Ja ☐ Nein

- Falls ja, welche? _____

10. Sind Sie aktuell schwanger? (für Frauen im gebärfähigen Alter)

☐ Ja ☐ Nein

11. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

☐ Ja ☐ Nein

- Falls ja, welche? _____

12. Wurde bei Ihnen bereits eine Schmerztherapie durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

- Falls ja, wann? (Jahr) _____
- In welchem Segment? (HWS / BWS / LWS) _____
- Kam es zu Besserungen der Beschwerden? ☐ Ja ☐ Nein
- Falls ja, um wie viel %? _____

B) Notizfeld für den aufklärenden Arzt

C) Patienteneinwilligung zum Datenaustausch mit Leistungserbringern

Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen müssen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten.

Hiermit willige ich in die Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten (z.B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung im MVZ Radiologie-Netzwerk NRW zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung und lückenlosen Dokumentation im erforderlichen Umfang von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte sowie anderen Leistungserbringern (Krankenhaus, Labor) zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung ein.

- Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB gegenüber mit- und weiterbehandelnden Ärzten zur Übermittlung meiner Daten per Fax.
- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine Befunde mittels Patienten- und Zuweiserportale in der Cloud sowie eArztbrief an andere, mich behandelnde Ärzte/Institutionen verschickt und/oder ggf. notwendige Voruntersuchungen angefordert werden können.
- Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner Telefonnummer, Mobilnummer und E-Mail-Adresse zwecks Terminerinnerung per SMS oder E-Mail ein.
- Ich bin darüber informiert worden, dass es zu einer unzureichenden Behandlung bei fehlender Einwilligung/Entbindung kommen kann.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem MVZ Radiologie-Netzwerk NRW jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

D) Unterschrift

- Ich habe den Aufklärungsbogen sorgfältig gelesen und verstanden.
- Im persönlichen Aufklärungsgespräch mit Dr. _____ wurde ich umfassend über die geplante Untersuchung, mögliche Nebenwirkungen, Komplikationen und Risiken sowie über alternative Untersuchungsmethoden informiert.
- Ich habe alle Fragen im Fragebogen vollständig und nach bestem Wissen beantwortet.
- Ich bestätige, dass ich die Informationen zur CT, zum Kontrastmittel und zum Datenschutz verstanden habe.
- Ich habe ausreichend Bedenkzeit erhalten.
- Ich fühle mich ausreichend informiert und aufgeklärt.
- Ich habe keine weiteren Fragen an den Arzt.
- Ich willige hiermit in die Durchführung der CT-Schmerztherapie einschließlich der Kontrastmittelgabe ein.

Nachname			
Vorname		Geb.-Datum	
Telefon		Mobil-Nr.	
E-Mail			

X

Patient / Sorgeberechtigter / gesetzl. Vertreter

X

informierende Ärztin / informierender Arzt

Eine vollständige Kopie des Aufklärungsbogens habe ich erhalten.

Ort, Datum

X

Patient / Sorgeberechtigter / gesetzl. Vertreter

Nur im Falle einer Ablehnung der Untersuchung:

Nach ausführlicher Aufklärung über die Untersuchung lehne ich die CT-gesteuerte Schmerztherapie ab. Über mögliche Nachteile, die sich aus meiner Ablehnung der Untersuchung ergeben, wurde ich umfassend informiert.

X

Patient / Sorgeberechtigter / gesetzl. Vertreter