



Aufklärungsbogen zur minimal invasiven Wirbelsäulentherapie

Datum: _____
Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

INFORMATIONEN ZUR MINIMAL INVASIVEN WIRBELSÄULENTHERAPIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich für eine minimal-invasive Wirbelsäulentherapie (periradikuläre Therapie, Facettengelenksinfiltration, Infiltration der Sakroiliakalgelenke) angemeldet. Bitte lesen Sie die nachfolgenden Informationen aufmerksam durch und beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite sorgfältig. Der Aufklärungsbogen dient der Vorbereitung und Unterstützung des individuellen Gesprächs mit Ihrem Arzt und soll Sie über den Ablauf der Infiltrationstherapie und deren Risiken informieren.

Welche Möglichkeit bietet diese Methode?

- Unterbrechung des Schmerzkreislaufes durch meist rasche Schmerzlinderung
- exakte Injektion der Medikamente durch computertomographische Bildkontrolle
- zielgenaue Therapie direkt am Ort der Schmerzentstehung
- risikoarme und minimal-invasive Behandlung

Wann wird sie angewendet?

- bei akuten oder chronischen Rückenschmerzen der Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsäule
- bei ausstrahlenden Schmerzen wie Ischias, Hexenschuss, Schulter-Arm-Beschwerden
- bei Nervenwurzelentzündungen an der Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsäule
- bei Schmerzen durch Narbenbildung nach Bandscheibenoperationen
- bei Verschleißerscheinungen der Wirbelgelenke oder Kreuz-Darmbeingelenke
- bei Schmerzen, die vom Iliosacralgelenk ausgehen

Ablauf der Untersuchung

- Lagerung in Bauchlage
- Anfertigung einer Planungsuntersuchung
- Exakte Lokalisation der zu therapierenden Nervenwurzel bzw. des Gelenkspaltes und Markierung der Punktionsstelle auf der Haut
- Hautdesinfektion, sterile Abdeckung, bei Bedarf lokale Betäubung
- unter computertomographischer Steuerung Platzierung der dünnen Nadel und Kontrolle der Nadellage.



DIE RADIOLOGIE
INDIVIDUELLE DIAGNOSTIK

- Injektion des entzündungshemmenden Medikamentes und des lokalen Betäubungsmittels im Gemisch
- Die Behandlungszeit beträgt ca. 10- 15 min.



DIE RADIOLOGIE
INDIVIDUELLE DIAGNOSTIK

Risiken und Nebenwirkungen

Die CT-gesteuerte Infiltrationstherapie ist eine sehr risikoarme Prozedur. Lokale Blutungen (Hämatom) bei Verletzung eines kleinen Gefäßes durch die Punktion sind sehr selten. Trotz steriler Arbeitsbedingungen muss auf das sehr geringe Risiko einer Infektion hingewiesen werden. Verletzungen der Lunge bei Punktionen an der Brustwirbelsäule sind durch die computertomographische Platzierung der Nadel extrem selten.

Durch die Applikation des therapeutischen Gemisches kann es zu vorübergehenden Gefühlsstörungen oder Nervenlähmung mit Muskelschwäche kommen. Eine Querschnittslähmung ist bislang bei Spritzenbehandlungen an der LWS noch nie aufgetreten. Zusätzlich muss auf die Möglichkeit einer Kreislaufreaktion, Bewusstseins- und Atemstörungen sowie auf allergische Reaktionen bis zum anaphylaktischen Schock hingewiesen werden.

Sollte bei Ihnen eine Allergieneigung, insbesondere auf lokal wirksame Betäubungsmittel bestehen, teilen Sie uns dies bitte unbedingt vor der Untersuchung mit. Nach der Behandlung sollten sie 30 Minuten im Wartezimmer Platz nehmen.

Ich habe das Informationsblatt gelesen und verstanden. Rückfragen wurden mir beantwortet.

München, den _____ Unterschrift Patient/in _____



Name: _____ geb. am _____

Aufklärungsbogen zur minimal invasiven Wirbelsäulentherapie

Um einen komplikationslosen Eingriff zu ermöglichen, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten!

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente (Marcumar, Heparin, Aspirin, ASS usw.)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie Diabetiker? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Allergien (z.B. gegen Kontrastmittel, Jod, Cortison) bekannt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Hepatitis- oder HIV-Infektion? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Nierenfunktionsstörung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Schilddrüsenerkrankung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Schwangerschaft / Stillzeit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

-
- Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis für die Datenübermittlung, der im Rahmen meiner Behandlung erhobenen Befunde und erstellten Bilder (besondere Arten personenbezogener Daten nach §4a Abs.3 BDSG) an meinen überweisenden bzw. weiterbehandelnden Arzt.
 - Ich bin einverstanden, dass meine Daten auf dem Hauptserver zur langfristigen Datensicherung gespeichert werden.
 - Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der vorgesehenen Injektionstherapie an der Wirbelsäule einverstanden.

München, den _____ Unterschrift (Patient): _____

Unterschrift Arzt: _____