

CT – gesteuerte periradikuläre Therapie (PRT)

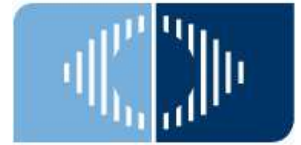
Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon ggf. auch dienstlich



Drewes+Partner

Röntgen-Nuclear-Institut
Medizinisches Versorgungszentrum

Möserstraße 50
49074 Osnabrück

Telefon: 0541-600100
Telefax: 0541-6001010
www.drewes-partner.de
info@drewes-partner.de

In Bauchlage der LWS bzw. in Rückenlage der HWS erfolgt zunächst die exakte Lokalisation und Markierung der Einstichstelle sowie die Darstellung des gesuchten Segmentnerven mittels Computertomographie (CT). Nach großzügiger Hautdesinfektion wird die Nadel entsprechend vorgeführt, die endgültige Lage in Nähe des betreffenden Nervenaustrittspunktes wird mittels CT kontrolliert und dokumentiert. Es folgt die Verabreichung der Medikamente und nach Entfernung der Nadel die Wundversorgung mit einem Pflaster.

Zur Verlaufsdokumentation bitten wir Sie 1 Tag nach der Behandlung um Rückruf zwischen 7.30 Uhr und 17 Uhr unter der Nummer 0541 - 600100. Bei Terminabsagen oder –verlegungen bitte unter derselben Nummer anrufen. Vielen Dank im Voraus.

Die gesamte Behandlung dauert nur wenige Minuten, erfordert keine örtliche Betäubung und wird im Allgemeinen gut toleriert. In Abhängigkeit vom Eintreten des gewünschten Erfolgs wird eine Wiederholung des Verfahrens in 2 bis 3 Wochen wiederholt (üblicherweise 6-8 Termine). Häufig ist eine mehrfache Behandlung erforderlich, bis eine ausreichende Beschwerdelinderung erreicht ist.

Die möglichen Komplikationen dieses kleinen Eingriffs sind erfahrungsgemäß sehr gering, müssen jedoch aus rechtlichen Gründen Erwähnung finden.

Neben lokalen Blutungen mit Hämatombildung (Bluterguss) kann es bei Nichtbeachtung entsprechender Desinfektionsmaßnahmen zu Infektionen kommen. Gegen die verabreichten Pharmaka können in seltenen Fällen allergische Reaktionen auftreten, weshalb Sie uns bitte mögliche Medikamenten-Unverträglichkeiten unbedingt mitteilen müssen.

Bei der Notwendigkeit einer Schmerzmittelapplikation in den Rückenmarkskanal **sollten Sie selbst nicht mit dem Auto fahren**, weil die Reaktionszeit verlängert werden kann und ggf. Einschränkungen der Beweglichkeit in Armen bzw. Beinen auftreten können.

Durch Reizung der Meningen (Hirnhäute) können vereinzelt Kopfschmerzen auftreten. Bei der Injektion in den Wirbelkanal kann es zur Punktion des Duralsackes (Rückenmarkshaut) kommen, jedoch durch die Kontrolle der Nadelspitze ist dieses sofort zu korrigieren. Durch die Punktion selbst ist es möglich, dass kleinere Blutungen im Stichkanal blaue Flecken der Haut verursachen können. Grundsätzlich kann auch eine Entzündung durch die Punktion ausgelöst werden. Bei deutlich stärkeren Beschwerden länger als 1 Woche nach der Punktion bitten wir Sie, sich erneut unter der Nummer **05 41-600 10 56** zu melden.

Zur exakten Lagebestimmung der Nadel wird ggf.vorab ein Kontrastmittel injiziert, was zu allergischen Reaktionen führen kann. In sehr seltenen Fällen sind dabei Schockreaktionen möglich, die notfallmäßig therapiert werden müssten. Bei der niedrigen Dosis des Cortisonpräparates kommt es extrem selten zu dauerhaften Nebenwirkungen.

Als mögliche Nebenwirkungen können auftreten:

Wadenkrämpfe, Gewichtszunahme, Hitzewallungen, Schlafstörungen, Blutzuckeranstieg (engmaschige Kontrollen bei Diabetikern während der Behandlung sind angezeigt), Anstieg des Blutdruckes, Akne, vermehrte Brüchigkeit kleiner Gefäße mit Auftreten von blauen Flecken und Zyklusstörungen bei Frauen. Bei Frauen in der Menopause ist die physiologische Osteoporose zu berücksichtigen. Eine langanhaltende Cortisontherapie könnte zu einer zusätzlichen Verminderung der Knochendichte führen. Bei Menschen, die zu Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüren neigen, kann es in seltenen Fällen zum Wiederauftreten von diesen Geschwüren kommen. Bei Magenbeschwerden setzen Sie sich mit Ihrem Hausarzt in Verbindung.

Bitte beantworten Sie nachstehende Fragen:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Sind Sie früher schon einmal mit Röntgenkontrastmittel untersucht worden? 0 ja 0 nein

Haben Sie nach Röntgenkontrastmittelgabe Nebenwirkungen verspürt?
(Hautrötungen, Jucken, Luftnot, Kreislaufbeschwerden, Bewusstlosigkeit) 0 ja 0 nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? 0 ja 0 nein

Wenn ja, gegen welche?

Ist bei Ihnen eine Überfunktion der Schilddrüse bekannt oder nehmen Sie
Schilddrüsen-Medikamente? 0 ja 0 nein

Wenn ja, welche:

Werden Sie mit blutgerinnungshemmenden Mitteln behandelt? 0 ja 0 nein

Wenn ja, welche:.....

Leiden Sie an epileptischen Anfällen? 0 ja 0 nein

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? 0 ja 0 nein

Wenn ja, welche:.....

Über die Wirkungen sowie Komplikationen der vorstehenden Therapieform bin ich aufgeklärt und erkläre durch meine Unterschrift mein Einverständnis. Meine Fragen wurden in verständlicher Weise beantwortet.

Datum

Unterschrift Patient/-in

Unterschrift Arzt/Ärztin

Für Patientinnen: Ich bestätige hiermit, dass bei mir z.Z. keine Schwangerschaft besteht. Eine fragliche Schwangerschaft während der Therapie werde ich sofort mitteilen.

Mir ist eine mögliche Schädigung von Röntgenstrahlen für das ungeborene Leben bekannt.

Letzte Regelblutung: _____

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGB V

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, sowie anderen Leistungserbringern.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Alle Angaben nach Art. 13 und 14 DSGVO wurden mir zugänglich gemacht.

Auf die Herausgabe einer Kopie dieses Dokumentes verzichte ich.

Datum, Unterschrift