



## **Patienteninformationsbogen zur CT-gesteuerten Injektionsbehandlung**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die CT-gesteuerte Injektionsbehandlung ist eine anerkannte und sichere Methode der minimal-invasiven Schmerztherapie zur Behandlung von Schmerzsyndromen im Bereich der Wirbelsäule. Die Behandlung umfasst Bandscheibenvorwölbungen (Protrusionen), Bandscheibenvorfälle (Prolapses), Einengungen des Spinalkanals und der Nervenaustrittslöcher (Stenosen) mit Nervenwurzelreizungen (Radikulopathien), Beschwerden nach Bandscheibenoperationen durch Narbengewebe, Entzündungen an den kleinen Wirbelgelenken und der Kreuzdarmbeingelenke.

In einem persönlichen Gespräch möchten wir gern die für die Therapie wichtigen Details mit Ihnen besprechen und Sie über mögliche Risiken und Therapiemöglichkeiten aufklären. In diesem Rahmen wird ggf. auch eine kurze, symptomorientierte körperliche Untersuchung erfolgen.

### **Methode:**

In Bauchlage erfolgt die Lokalisation und Markierung der Einstichstelle sowie die Darstellung des zu behandelnden Segmentnervens bzw. Gelenkes mittels Computertomographie (CT). Nach Hautdesinfektion wird die Nadel vorgeführt, die endgültige Nadellage kontrolliert und dokumentiert. Nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgt die Verabreichung eines jodhaltigen Kontrastmittels, eines lokalen Schmerzmittels\* und die Gabe von Cortison\*. Nach Entfernung der Nadel folgt die Wundversorgung mit einem Pflaster. Die Behandlung dauert nur wenige Minuten, erfordert keine örtliche Betäubung und wird im Allgemeinen gut toleriert. Nach der Durchführung der Therapie können Sie Ihren gewohnten Tätigkeiten nachgehen. Gelegentlich kann bereits nach einmaliger Behandlung ein nachhaltiger Erfolg erzielt werden, in der Regel muss die Therapie je nach Verfahren im Abstand von 1-3 Wochen mehrmals wiederholt werden, bis ein zufriedenstellendes Ergebnis erzielt ist. Die möglichen Komplikationen dieses kleinen Eingriffs sind erfahrungsgemäß sehr gering, müssen jedoch aus rechtlichen Gründen Erwähnung finden.

### **Als mögliche Nebenwirkungen können auftreten:**

Neben lokalen Blutungen mit Bluterguss (Hämatombildung) 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 Medikamentenunverträglichkeiten unbedingt mitteilen müssen. Zur exakten Lagebestimmung der Nadel wird vorab ein Kontrastmittel gespritzt, was zu allergischen Reaktionen führen kann. In sehr seltenen Fällen sind dabei Schockreaktionen möglich, die notfallmäßig therapiert werden müssten. Sollte bei Ihnen eine Jodallergie bereits bekannt sein, teilen sie uns dies bitte mit.

### **Wirkstoffe:**

\*Naropin (Wirkstoff Ropivacainhydrochlorid) ist ein seit vielen Jahren in der Routine eingesetztes, lokales Schmerzmittels zur Behandlung des Akutschmerzes.

Volon A 40 (Wirkstoff Triamcinolonacetonid/Benzylalkohol) ist ein an kleinste Kristalle fixiertes Cortisonpräparat zur langfristigen entzündungshemmenden Therapie.

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 unter der Nummer **05 41-600 100** zu melden.

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 lang anhaltende 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.

Teilen Sie uns mit, wenn Sie Medikamente gegen Depressionen einnehmen oder unter epileptischen Anfällen leiden.

### **Zur besonderen Beachtung:**

#### **Vor der Therapie:**

- Zur Vermeidung von Blutungen benötigen wir Ihren aktuellen Quick-Wert. Sollten Sie blutverdünnende Mittel wie Marcumar, ASS, Iscover, Heparin, Plavix o.a. einnehmen, so teilen Sie dies bitte dem Arzt im nachfolgenden Gespräch mit. Diese Medikamente müssen **vor jeder** Therapie entsprechend abgesetzt werden.

#### **Während der Therapie:**

- Eine Antibiotikaeinnahme während der Therapie kann kontraindiziert sein. Bitte teilen Sie uns mit, falls Sie während der laufenden Therapie ein Antibiotikum einnehmen müssen.
- Für Frauen im gebärfähigen Alter muss uns aufgrund einer Schädigung durch Röntgenstrahlen des Ungeborenen eine mögliche Schwangerschaft unverzüglich mitgeteilt werden. Die Therapie wird bis zum Beweis des Gegenteils unterbrochen.
- Zur Verlaufsdokumentation möchten wir Sie bitten, uns am Tag nach der **ersten Behandlung** zwischen 8.00 Uhr und 17.00 Uhr unter der Telefonnummer 0541600100 mitzuteilen, wie Sie die Behandlung vertragen haben.

#### **Nach der Therapie:**

- Nach der Schmerzmittelapplikation in den Rückenmarkskanal dürfen Sie nach der Injektion für **5 Stunden kein Auto oder Fahrrad selbst fahren**, weil die Reaktionszeit verlängert werden kann und ggf. Einschränkungen der Beweglichkeit auftreten können. Bitte lassen Sie sich von einer Begleitperson fahren oder nutzen Sie öffentliche Verkehrsmittel bzw. ein Taxi.
- Im Verlauf der Therapie werden wir Ihr Befinden detailliert dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Terminabsprachen können unter der Telefonnummer 0541600100 geändert werden. Möchten Sie Ihre Therapie vorzeitig beenden oder unterbrechen, bitten wir zur Befunddokumentation um eine kurze telefonische Mitteilung über den Grund.

### **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.

.

-----  
Name, Vorname

-----  
Unterschrift

**Praxisinformationsbogen für die CT-gesteuerte Therapie**

**zum Verbleib in unseren Unterlagen**

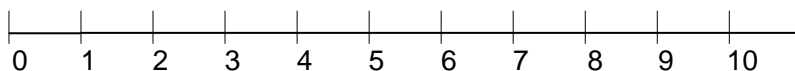
**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Bitte beantworten Sie nachstehende Fragen (zutreffendes bitte ankreuzen):**

Auf welcher Seite haben Sie die Schmerzen:      0 rechts    0 links    0 beidseits    0 mittig

Bitte Zeichnen Sie auf der unteren Linie in der Schmerzskala ein, wie intensiv Sie Ihre derzeitigen Schmerzen einschätzen würden. 0 sind keine Schmerzen, 10 sind die stärksten Schmerzen, die Sie bisher kennen.



Sind Sie früher schon einmal mit Röntgenkontrastmittel untersucht worden?

0 Nein  
0 Ja

Wenn ja, haben Sie nach Röntgenkontrastmittelgabe Nebenwirkungen verspürt?  
(Hautrötungen, Jucken, Luftnot, Kreislaufbeschwerden, Bewusstlosigkeit)

0 Nein  
0 Ja

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  
wenn ja welche? \_\_\_\_\_

0 Nein  
0 Ja

Ist bei Ihnen eine Überfunktion der Schilddrüse bekannt?  
wenn ja, welches Schilddrüsenmedikament nehmen Sie ein: \_\_\_\_\_

0 Nein  
0 Ja

Sind Sie zuckerkrank oder nehmen Sie Metformin, Insulin o.ä. ein?

0 Nein  
0 Ja

Werden Sie mit blutgerinnungshemmenden Mitteln behandelt?  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

0 Nein  
0 Ja

Nehmen Sie Johanneskraut, Ginko oder Knoblauchpillen?

0 Nein  
0 Ja

Leiden Sie an epileptischen Anfällen?

0 Nein  
0 Ja

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis/AIDS o.ä. bekannt?  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

0 Nein  
0 Ja

**Für Patientinnen im gebärfähigen Alter:**

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: \_\_\_\_\_