

**Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!**

Sie sind von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin zu einer Computertomographie (CT) – Untersuchung überwiesen worden. Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Dieser Bogen stellt eine Basisinformation dar. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den untersuchenden Arzt.

**Was ist eine CT-gezielte Schmerztherapie?**

Bei dieser Behandlung wird ein örtliches Betäubungsmittel (Lokalanästhetikum) in Kombination mit einem Kortisonpräparat (entzündungshemmend) im Bereich der Nervenwurzeln der Wirbelsäule oder in die Gelenke der Wirbelsäule injiziert. Der zu behandelnde Abschnitt der Wirbelsäule wird mit Hilfe der Computertomographie dargestellt. Dadurch lässt sich die Stelle, an der das Medikament eingespritzt werden soll, exakt lokalisieren.

**Wie erfolgt die Behandlung?**

Die Behandlung dauert ca. 20 bis 30 Minuten. Dabei befinden Sie sich in Bauchlage auf einer speziellen Untersuchungsfläche, welche sich während der Untersuchung langsam durch die ringförmige Öffnung des CT-Gerätes bewegt. Nach Kennzeichnung der zu punktierenden Region erfolgt die Reinigung der Haut an der Punktionsstelle mit einem Desinfektionsmittel. Der behandelnde Arzt führt dann unter CT-Kontrolle eine dünne Injektionsnadel in den Bereich der Nervenwurzeln der Wirbelsäule oder in die Gelenke der Wirbelsäule. Nach Lagekontrolle der Nadel mittels CT und in manchen Fällen zusätzlich mit Kontrastmittel, wird das Medikament injiziert. Bei Erreichen der Nervenwurzel können kurzzeitig Schmerzen auftreten.

Besonders wichtig ist, dass Sie während der Untersuchung ruhig liegenbleiben, Bewegungen vermeiden und die Atemkommandos genau befolgen. Sie sind während der gesamten Untersuchung unter Aufsicht von Fachpersonal.

Die Injektion kann wiederholt werden, bis Schmerzlinderung oder Beschwerdefreiheit eintritt. Hierfür können mehrere Behandlungen notwendig sein.

**Gibt es Komplikationen?**

An der Einstichstelle kann es – wie bei jeder Injektion – zu Schmerzen, einem Bluterguss und **äußerst selten** zu einer Infektion bzw. Schädigung der Gewebestrukturen kommen.

**Mögliche Nebenwirkungen durch Schmerz-/Betäubungsmittel oder andere injizierte Medikamente:**

Vorübergehendes Taubheitsgefühl in den Beinen, Überempfindlichkeitsreaktionen wie Rötung und Bläschenbildung auf der Haut, Allergien, Herz-Kreislauf Reaktionen, Störungen des Hormonhaushaltes wie z.B. Zyklusstörungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Magen-Darm-Beschwerden, Nesselausschlag, Infektionen, Schläfrigkeit, Übelkeit und Erbrechen.

**Was geschieht nach der Behandlung?**

Nach der Behandlung müssen Sie 30 bis 60 Minuten im Institut zur Beobachtung bleiben. Dann sollten Sie nach Möglichkeit von einer Begleitperson abgeholt werden.

**Beachten Sie bitte unbedingt die vorübergehende Einschränkung Ihrer Straßenverkehrstauglichkeit! Sie dürfen am Tag der Untersuchung kein Kraftfahrzeug lenken!**

**Um etwaigen Risiken besser vorbeugen zu können, bitten wir Sie, die umseitig angeführten Fragen zu beantworten. Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen.**

Bei Unklarheiten in der Beantwortung umseitig angeführter Fragen klären Sie diese bitte im Gespräch mit der/dem MTD bzw. der/dem Ärzt/in.

1. Größe: ..... Gewicht: .....

2. Für Frauen: Sind Sie schwanger? Nein  Ja   
 Stillen Sie gerade? Nein  Ja



3. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt?

- Nierenröntgen (iv Urographie) Nein  Ja  .....
- Computertomographie (CT) Nein  Ja  .....
- Darstellung der Beinvenen (Phlebographie) Nein  Ja  .....
- Gefäßröntgen (Angiographie/Cardangiographie) Nein  Ja  .....

4. Traten nach Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf?

Wenn ja, welche?

- Übelkeit / Erbrechen / Würgegefühl Nein  Ja  .....
- Asthmaanfall / Atemnot Nein  Ja  .....
- Hautausschlag Nein  Ja  .....
- Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit Nein  Ja  .....
- Schüttelfrost Nein  Ja  .....

5. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- Asthma? Nein  Ja  .....
- Allergien, gegen Medikamente Nein  Ja  .....
- des Herzens? Nein  Ja  .....
- der Niere / Nebenniere? Nein  Ja  .....
- der Schilddrüse? Nein  Ja  .....
- Zuckerkrankheit? Nein  Ja  .....
- HIV / Hepatitis? Nein  Ja  .....

6. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?

- zur Blutverdünnung (z.B. Marcumar, Plavix, Aspirin, Thrombo Ass) Nein  Ja  .....

Wenn ja, welches Medikament? .....

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Behandlung zu. In einem persönlichen Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden.



\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der/des Patientin/en  
 und/oder des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
 Name und Unterschrift des/der Arztes/in

\_\_\_\_\_  
 Datum / Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
 Name und Unterschrift der/des MTD

Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung der/dem Assistentin/en zu übergeben.

Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:  
 .....  
 .....  
 .....

ID des/der Patienten/in

Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde der/die Patient/in über die sich ergebenden möglichen Nachteile informiert.