



## Aufklärung Schmerztherapie (PRT)

2.1.1

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Liebe Patientin, lieber Patient,

die Ursachen chronischer Rückenschmerzen sind unterschiedlich. In vielen Fällen werden sie durch einen Verschleiß oder Blockierung der kleinen Wirbelgelenke, einen Bandscheibenvorfall oder durch die Ausbildung von Narbengewebe infolge einer Bandscheibenoperation verursacht. Hierdurch kommt es zu einer Quetschung der Nervenfasern bzw. Nervenwurzeln im Rückenmarkskanal oder in den Nervenaustrittslöchern; je nach Höhenlokalisierung kann es auch zu einer Schmerzausstrahlung in die Arme (Halswirbelsäule) oder Beine (Lendenwirbelsäule) kommen.

Weitere Beschwerden sind Missempfindungen und Taubheitsgefühl im Versorgungsgebiet des betroffenen Nerven.

Die CT-gesteuerte Schmerztherapie der kleinen Wirbelgelenke oder der Nervenwurzeln (PRT) kann zwar nicht einen bestehenden Verschleiß, einen Bandscheibenvorfall oder Narbengewebe beheben, jedoch ist durch die exakte Injektion von schmerz- und entzündungshemmenden Medikamenten in vielen Fällen (ca. 60 – 70 %) eine deutliche, auch anhaltende Schmerzreduktion möglich.

### Durchführung:

Nach Lagerung auf dem Untersuchungstisch wird der zu therapierende Wirbelsäulenabschnitt als Schnittbild dargestellt, danach erfolgt auf der Haut die Markierung der Einstichstelle und die Platzierung der Punktionsnadel. Nach Lagekontrolle mit dem CT und einer Probeinjektion von Kontrastmittel werden die Medikamente (Gemisch aus einem Cortisondepotpräparat und einem lokalen Betäubungsmittel) präzise injiziert.

Die Behandlung dauert etwa 15 bis 20 Minuten.

Während der Therapie stehen Sie fortlaufend unter Beobachtung.

Zur Überwachung bleiben Sie im Anschluss an die Behandlung ca. 30 bis 40 Minuten im Wartezimmer.

**Aufklärung Schmerztherapie (PRT)****2.1.1****Individuelle Risiken/ Vorerkrankungen:****Leiden Sie unter einer Allergie?**

O nein O ja wenn Ja, welche (Heuschnupfen, Medikament, Pflaster, etc.)

**Bestehen Erkrankungen folgender Organsysteme oder sind folgende Erkrankungen bekannt?**

- **Magengeschwüre/entzündliche Darmerkrankungen?** Ja / Nein
  
- **Diabetes mellitus** Ja / Nein
  
- **Nieren (z. B. Funktionseinschränkung)** Ja / Nein
  
- **Herz/Bluthochdruck/ Schlaganfälle** Ja / Nein
  
- **Glaukom (grüner Star)** Ja / Nein
  
- **Störung der Blutgerinnung** Ja / Nein
  
- **Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, AIDS)** Ja / Nein

**Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen?** Ja /Nein**Ist eine Schwangerschaft ausgeschlossen?** Ja / Nein



## Aufklärung Schmerztherapie (PRT)

2.1.1

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Über folgende Risiken der Therapie möchten wir Sie informieren:

Bei den meisten Patienten verläuft die Therapie ohne Komplikationen.

In seltenen Fällen (1:30 000) können trotz Desinfektion der Haut Keime in den Stichkanal verschleppt werden und eine **lokale Entzündung** oder eine **Blutvergiftung** (Sepsis) verursachen. Extrem selten kann im Stichkanal eine **abgekapselte Entzündung** (Abszess) entstehen, die dann operativ entfernt werden muss.

In seltenen Fällen kann es zu einer **allergischen Reaktion** auf das injizierte Kontrastmittel oder das lokale Betäubungsmittel kommen; meistens verlaufen diese Unverträglichkeitsreaktionen harmlos mit Juckreiz und Ausbildung kleiner Hautpusteln (Quaddeln). Diese bilden sich von selbst oder nach Gabe von Medikamenten (Antiallergika) wieder vollständig zurück. **Schwer verlaufende allergische Reaktionen** mit Atemnot oder Störungen der Herz-Kreislaufreaktionen treten extrem selten auf.

Das Risiko einer Nachblutung ist bei normaler Blutgerinnung sehr niedrig, selten entstehen an der Einstichstelle Blutergüsse.

**Kreislaufreaktionen** (z. B. Blutdruckabfall) werden ebenfalls selten beobachtet

Bei manchen Patienten führt das lokale Anästhetikum nicht nur zu einer Schmerzreduktion, sondern auch zu einer **zeitweiligen Betäubung der Nervenfasern**, die die Muskulatur versorgen; die Folge kann eine max. 12 Stunden anhaltende Schwäche oder auch Unsicherheit in dem Körperabschnitt sein. **Bleibende Lähmungen oder Querschnittslähmung**, z. B. durch eine Blutung, Rückenmarkverletzung, Gefäß- oder Nervenverletzung sind extremst selten.

**Beachten Sie bitte, dass Sie bis zu 6 Stunden nach der Therapie nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen sollten, die Zunahme von Alkohol sollte während dieser Zeitspanne ebenfalls vermieden werden.**

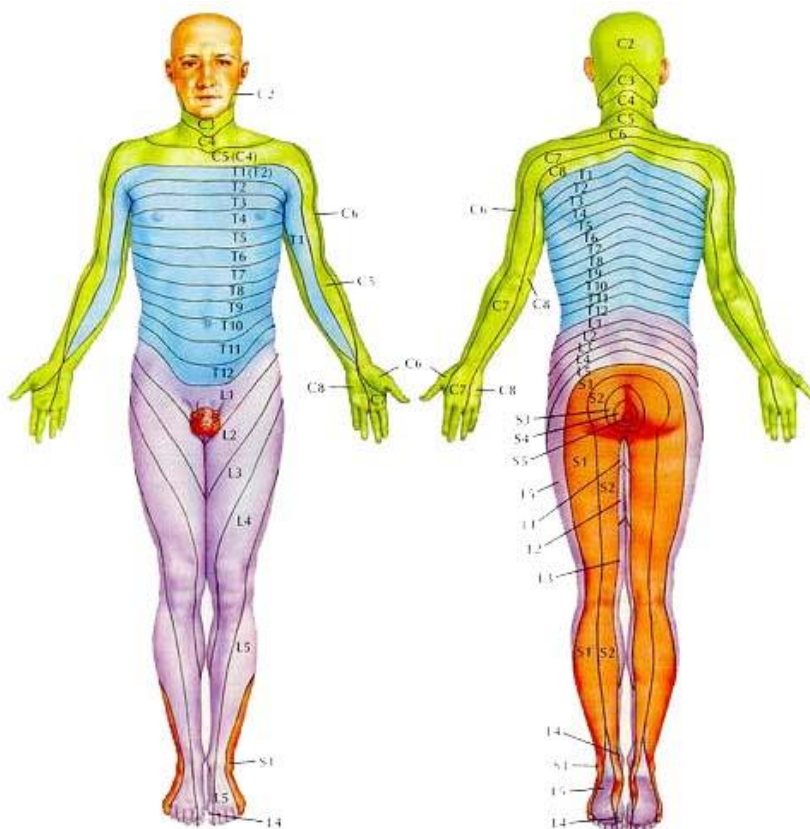
## Aufklärung Schmerztherapie (PRT)

### 2.1.1

Durch die Verabreichung des Kortisonpräparats kommt es sehr seltenen zu einer Gewichtszunahme, zu Hautausschlag, Wassereinlagerungen (Ödeme) oder bei Frauen zur Störung des Menstruationszyklus. **Kortisonpräparate (wir verwenden Lipotalon 4 mg, Wirkstoff: Dexamethason - 21-palmitat) sind für die Anwendung am Nerven oder im Rückenmarkskanal laut Medikamentenbeipackzettel nicht zugelassen. Die periradikuläre Therapie oder Facetteninfiltration mit einem Kortisonpräparat gilt aber seit vielen Jahren als anerkanntes Verfahren („off label use“).**

**Falls Sie nach der Behandlung über Lähmungen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Kreislaufstörungen, Schmerzen, Fieber oder Schüttelfrost leiden, informieren Sie uns bitte sofort!**

Die CT-gesteuerte Schmerztherapie verursacht nur eine geringe Strahlenexposition.





## Aufklärung Schmerztherapie (PRT)

2.1.1

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Einwilligung:

Frau / Herr Dr. .... hat mit mir heute anhand des Aufklärungsmerkblattes, das ich voll umfänglich zur Kenntnis genommen und inhaltlich verstanden habe, ein ausführliches Aufklärungsgespräch geführt, in dem alle mich interessierenden Fragen beantwortet und geklärt worden sind.

Über sämtliche Risiken bin ich eingehend und umfassend informiert worden, wie bei jeder anderen medizinischen Therapie kann ich auch in diesem Fall nicht sicher mit einem Heilerfolg rechnen.

- Ich habe keine weiteren Fragen und benötige keine zusätzliche Überlegungsfrist.
- Ich willige hiermit in die geplante Untersuchung ein.
- Ich lehne die Untersuchung ab, nachdem ich über die damit möglicherweise verbundenen gesundheitlichen Nachteile ausführlich informiert wurde.

Bremen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt /Ärztin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Patientin bzw. Betreuer/-in