



## CT – gezielte Infiltration Segment/Seite:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie sind von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin zu einer CT –gezielten Schmerztherapie überwiesen worden. Die Behandlung von chronischen oder akuten Rückenschmerzen mittels CT gesteuerter Injektionsverfahren ist eine bewährte Methode um Schmerzen zu beseitigen oder zumindest zu lindern.

Wir bitten Sie den folgenden Text aufmerksam durchzulesen und anschließend die Fragen zu beantworten. Sollten Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den behandelnden Arzt.

### Was ist eine CT gezielte Schmerztherapie und wie erfolgt die Behandlung:

Sie werden in Bauchlage auf dem CT-Untersuchungstisch gelagert. Auf den anschließend angefertigten CT-Aufnahmen kann man Wirbelkörper, Bandscheiben und Nerven erkennen. Die Einstichstelle der Punktionsnadel wird an der Hautoberfläche markiert und desinfiziert. Es wird eine sehr dünne Punktionsnadel bis zu der betroffenen Nervenwurzel oder dem betroffenen Wirbelgelenk vorgeschoben. Die Nadelspitze kann millimetergenau platziert werden und die Lage wird mittels Computertomographie kontrolliert. Die Darstellung der umliegenden Weichteile, Nerven und Blutgefäße werden durch das Einspritzen einer kleinen Menge Kontrastmittel verbessert und die richtige Position dokumentiert.

Danach wird ein Gemisch aus einem lang wirksamen Betäubungsmittel und Cortison gespritzt. Währenddessen kann es kurzzeitig zu einer Verstärkung der Schmerzen kommen, die aber nach wenigen Sekunden wieder nachlässt.

### Komplikationen und Nebenwirkungen:

- Schmerzen, Bluterguss und äußerst selten eine Infektion an der Einstichstelle
- Taubheitsgefühl, Lähmung an einem oder beider Beine bis zu 2 Stunden
- Überempfindlichkeitsreaktion (z.B.: Hautausschlag, Übelkeit, Herz-Kreislaufreaktionen) gegenüber den verabreichten Medikamenten (im Regelfall schnell abklingend)
- Überempfindlichkeit gegenüber diversen Pflasterprodukten
- Störungen des Hormonhaushaltes wie z.B. Zyklusstörungen

### Was geschieht nach der Behandlung:

Nach der Behandlung bleiben Sie ca. 60 Minuten im Institut zur Beobachtung. Danach sollten sie von einer Begleitperson abgeholt werden, da Sie am Tag der Behandlung kein Kraftfahrzeug lenken dürfen.

**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.