

PRT (periradikuläre Therapie) FB (Facettenblockade)

Name:
Vorname:
Geb.datum:

Sehr geehrte(r) Patientin/ Patient,

bei Ihnen ist eine computertomographisch (CT-) gesteuerte Schmerztherapie vorgesehen. Ein Vorteil der CT-gestützten Schmerztherapie gegenüber einer blindgesetzten Injektion ist die gezielte, bildgesteuerte Gabe der Medikamente. Diese können millimetergenau mit einer dünnen Nadel an eine schmerzende Nervenwurzel oder an ein Gelenk eingebracht werden und dort ihre optimale Wirkung entfalten.

Die Behandlung

Wir unterscheiden hier zwischen einer PRT und einer Gelenkinfiltration. Eine periradikuläre Therapie (PRT) ist eine lokale Medikamentengabe an eine Nervenwurzel. Sie ist bei ausstrahlenden Schmerzen in Bein oder Arm indiziert. Bei der Wirbelgelenkinfiltration (FB) erfolgt die Medikation um die kleinen Wirbelsäulengelenke. Ein Reizzustand dieser Gelenke führt typischerweise zu einer Schmerzsymptomatik im Bereich der Wirbelsäule, teilweise auch mit ausstrahlenden Schmerzen in die Beine oder den Arm.

Die Verabreichung der Medikamente erfolgt nach exakter Lokalisation und Markierung der Einstichstelle/n mittels der Computertomographie (CT) in Bauchlage. Nach mehrfacher Hautdesinfektion wird dann eine dünne Nadel bis zum entsprechenden Nerven bzw. an die Gelenke vorgeschoben, gleichzeitig erfolgt die Kontrolle mit Schichtaufnahmen. Dies ist notwendig, um zu gewährleisten, dass die Medikamente exakt an den Nerven bzw. die Gelenke appliziert werden. Es werden ein örtlich wirkendes Betäubungsmittel und ein lang wirkendes kortisonhaltiges Medikament eingespritzt.

Risiken, mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen

Die Komplikationsrate ist erfreulicherweise bei dieser Behandlung sehr gering. Nach der Behandlung können kurzfristig Taubheitsgefühl oder Schwäche in Bein oder Arm auftreten. Hierbei handelt es sich um eine Medikamentennebenwirkung, die nach kurzer Zeit wieder verschwindet. Sehr selten kann es zu allergischen Reaktionen auf die verabreichten Medikamente, zu lokalen Einblutungen oder zu Entzündungen kommen. Aufgrund der gelegentlich auftretenden, vorübergehenden, an sich harmlosen Gefühlsstörungen in Beinen oder Armen ist eine Teilnahme am Straßenverkehr nach der Behandlung nicht ratsam und wir bitten darum, dass Sie sich fahren lassen.

Erfolgsaussichten

Häufig ist bereits nach der ersten Behandlung eine Besserung festzustellen, doch kann keine Erfolgsgarantie gegeben werden. Fast immer werden zwei bis drei gleichartige Behandlungen erforderlich. Danach bestätigen mehr als zwei Drittel der Patienten einen lang anhaltenden Erfolg der Schmerzbehandlung. Nach erfolgreicher Schmerztherapie können die Schmerzzustände jedoch erneut auftreten. Die Behandlung kann dann wiederholt werden.

PRT (periradikuläre Therapie) FB (Facettenblockade)

Um das Risiko der Behandlung für Sie gering zu halten, benötigen wir folgende Angaben:

1. Werden blutverdünnende Medikamente eingenommen? nein ja
Wenn ja, welche? _____
2. Ist eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes, Gicht) bekannt? nein ja
Wenn ja, welche? _____
3. Besteht/ Bestand eine Erkrankung des Magens/Darms (Geschwür, Blutung) ? nein ja
Wenn ja, welche? _____
4. Besteht bei Ihnen oder in der Verwandtschaft eine erhöhte Blutungsneigung? nein ja
5. Ist eine Allergie bekannt ? nein ja
Wenn ja, welche? _____

Nachstehende Behandlung mit einem Lokalanästhetikum und einem kortisonhaltigen Medikament ist vorgesehen:

- periradikuläre Schmerztherapie (PRT)** **Facettenblockade (FB)**
der
 Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule

Vorgesehen ist die Injektion eines Lokalanästhetikums und eines entzündungshemmenden Mittels.

Die Gabe des Kortisonpräparates ist an der Wirbelsäule vom Hersteller nicht explizit benannt, gilt aber seit vielen Jahren als anerkanntes Verfahren. Leider zahlen die meisten Krankenkassen zwar die eigentliche Therapie, nicht aber das Kortisonpräparat.

Einwilligung

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen, diese wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich fühle mich ausreichend informiert, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Ich willige in die oben vermerkte Schmerzbehandlung ein.

Mit medizinisch erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich ebenfalls einverstanden.

Den Fragebogen habe ich nach besten Wissen ausgefüllt. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Ort / Datum

Unterschrift Patient

Dr. Uwe M. Schuchard

Ablehnung

Ich willige in die vorgeschlagene Schmerzbehandlung **nicht ein.**

Ort / Datum

Unterschrift Patient

Dr. Uwe M. Schuchard

Befragung zur Röntgenuntersuchung

Name:

Datum:

Vorname:

Geb. datum:

Größe:

Gewicht:

Sehr geehrte(r) Patientin/ Patient,

wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Für Ihre Röntgenuntersuchung ist dies gesetzlich vorgeschrieben (Röntgenverordnung).

Sind Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt worden?

Ja, und zwar im Monat/Jahr _____ bei _____ Nein

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft Ja Nein

Ich habe keine weiteren Fragen und benötige für die Untersuchung keine zusätzliche Bedenkzeit. Ich willige hiermit in die vorgesehene Untersuchung ein.

Ich erkläre hiermit bis auf Widerruf mein Einverständnis, dass meine behandelnden Ärzte (Radiologisches Zentrum Mühlhausen, Dres. Schuchard und Bürger) Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermitteln dürfen.

Die gestellten Fragen wurden von mir nach bestem Wissen beantwortet. Ich verpflichte mich, eintretende Veränderungen während der gesamten Behandlungszeit unaufgefordert mitzuteilen.

Unterschrift Patient

Kurzbezeichnung Arzt/ MTRA/ MFA