

Name der Patientin, des Patienten

CT-GESTEUERTE SCHMERZTHERAPIE DER WIRBELSÄULE in der RADIOLOGIE' HERNALS

Die Behandlung von chronischen und akuten Rückenschmerzen mittels computergesteuerter Injektionsverfahren ist eine inzwischen bewährte Methode. Schmerzen entstehen durch Einklemmungen oder Überdehnungen eines Nervs oder der umgebenden Bänder. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um degenerative Erkrankungen (Abnützungerscheinungen) im Bereich der Wirbelsäule.

Der Einsatz der Computertomographie gewährleistet neben erhöhter Sicherheit bei der Intervention auch eine hohe Präzision bei jeder Behandlung, sodass der punktgenaue Einsatz von Injektionen in den meisten Fällen zu einer erfolgreichen Schmerzlinderung führt.

Folgende Therapien werden bei uns angeboten:

- ✓ **periradikuläre Therapie** (=PRT, Injektion von Medikamenten an der Nervenwurzel und /oder peridural)
- ✓ **Facettenblockade** (Injektion von Medikamenten an die kleinen Wirbelgelenke = Facettengelenksinfiltration)
- ✓ **Epidurale Injektion** (Injektion in den Epiduralraum)

Vorbereitung:

Eine besondere Vorbereitung für die Behandlung ist nicht erforderlich. Bitte vereinbaren Sie telefonisch einen Termin unter 01/408040 80 und erscheinen Sie etwa eine halbe Stunde vor dem vereinbarten Termin. Sie bekommen vor der Behandlung ein Informationsblatt und eine Einwilligungserklärung, die sie vorab auch unter www.radiologiehernals.at herunterladen können.

Bitte bringen Sie auf jeden Fall Bilder etwaiger Voruntersuchungen zu ihrem Termin mit, da diese für das ebenfalls vor der Behandlung stattfindende Gespräch mit dem Arzt von Relevanz sein können.

Kein Kostenersatz durch Krankenkassen:

Die Kosten für diese Leistung werden von den Krankenkassen leider nicht übernommen. Falls Sie über eine private Krankenversicherung verfügen, halten Sie bitte unbedingt Rücksprache mit ihrer Versicherung, um die Rückerstattung der Kosten gesichert zu haben. Falls Sie keine Privatkrankenversicherung haben, müssen Sie für die Behandlungskosten selbst aufkommen.

Behandlungskosten:

Erstbehandlung für ein Segment: 290 € (inkl. MwSt.)

Jede weitere Folgebehandlung eines Segmentes: 150 € (inkl. MwSt.)

Sollten mehrere Segmente bei einer Sitzung behandelt werden: 80 € (inkl. MwSt) pro weiteres Segment (unabhängig davon, ob es sich um eine Erst- oder Folgebehandlung handelt),

Bitte beachten Sie, dass häufig bereits nach der ersten Behandlung eine deutliche Besserung festzustellen ist. Um eine langanhaltende Wirkung zu erzielen, sind aber fast immer bis zu zwei weitere Folgebehandlungen erforderlich.

Die Wirkung der erfolgreich abgeschlossenen Therapie ist nicht von Dauer, kann aber bei wieder auftretenden Schmerzzuständen wiederholt werden.

Untersuchungsablauf:

- ✓ Zur Behandlung liegen Sie auf dem Bauch im Computertomographen(CT)
- ✓ Zunächst werden mittels CT Orientierungsschichten erstellt, um den Zugangsweg zu planen

- ✓ Danach erfolgt die Markierung und Hautdesinfektion. (Die Behandlung wird unter sterilen und hygienischen Bedingungen durchgeführt.)
- ✓ Mit einer präzise platzierten, dünnen Injektionsnadel werden Medikamente zur Schmerzbehandlung punktgenau verabreicht
- ✓ Als Medikament zur Schmerzlinderung werden geringe Mengen von Cortisonpräparaten (z.B: Celestan biphas) und einem Lokalanästhetikum (z.B: Bucain 0,5%) verwendet
- ✓ Selten ist der Einsatz von jodhaltigem Kontrastmittel erforderlich
- ✓ Die Stichstelle wird dannach mit einem kleinen Hautpflaster abgedeckt
- ✓ Ein etwa 15-20 Minuten dauernde Ruhe- und Beobachtungsphase schließt die Behandlung ab.

Mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen:

- **Häufiger:** Taubheitsgefühl, lokal oder am Bein (Typischerweise und meistens schnell abklingend)
- **Selten:** Überempfindlichkeit gegenüber bestimmten Pflasterprodukten ,Hitzegefühl, Zyklusstörungen bei Frauen, Blutung und Blutergüsse, eher bei bestehenden Blutgerinnungsstörungen oder bei Einnahme von Blutverdünnungsmedikamenten, Verletzungen des Rückenmarks mit Lähmungserscheinungen
- **Sehr selten:** Überempfindlichkeitsreaktion (z.B: Hautausschlag, Übelkeit, Brechreiz) gegenüber der verabreichten Medikamente. (Im Regelfall schnell abklingend) Überempfindlichkeitsreaktion (z.B: Hautausschlag, Übelkeit, Brechreiz) gegenüber den verabreichten Medikamenten. (Im Regelfall schnell abklingend.)
- **Äußerst selten:** Nerven-,Weichteil- oder Hautschäden, welche gegebenenfalls durch Medikamente oder Operation behandelt werden müssen und unter Umständen dauerhafte Beschwerden hervorrufen können, (bakterielle) Infektionen mit Entzündungen der Weichteile, Zwischenwirbelräume, Gelenke, Rückenmarks und Hirnhäute, Verletzungen größerer Blutgefäße

Falls bei Ihnen nach der Behandlung oder am darauf folgenden Tag plötzlich Reaktionen wie Hautausschlag, starke Rückenschmerzen, Übelkeit und dergleichen auftreten, kontaktieren Sie uns oder ihren Arzt/ ihre Ärztin unverzüglich oder suchen Sie gegebenenfalls eine Spitalsambulanz auf.

WICHTIG: Die Behandlung kann Ihre Fahrtüchtigkeit beeinflussen. Wir empfehlen Ihnen daher, nach der Behandlung die folgenden 24 Stunden kein KFZ oder Zweirad in Betrieb zu nehmen.

BITTE BEANTWORTEN SIE DEN FRAGEBOGEN GEWISSENHAFT AUS!

1. Werden regelmäßig **Medikamente** eingenommen? z.B. Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z.b. Marcumar, Aspirin, Pavix), Schlafmittel, Abführmittel, Antibabypille? Falls ja, welche? Falls Sie einen **Marcumarausweis** besitzen, bitte vorlegen!

Ja/ Nein

2. Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen? **Herz-Kreislauf-System:** z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündungen, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen. Falls ja, welche?

Ja/ Nein

• Tragen Sie einen **Herzschrittmacher** oder eine **künstliche Herzklappe**? Falls Sie einen **Schrittmacherausweis** besitzen, bitte vorlegen.

Ja/ Nein

Fragebogen- Anamnese CT gesteuerte Schmerztherapie der Wirbelsäule

• **Stoffwechselerkrankung:** Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht. Falls ja, welche? Ja/ Nein

• **Schilddrüse:** z.B. Über – oder Unterfunktion. Falls ja, welche? Ja/ Nein

• **Verdauungsorgane:** Magen– Zwölffingerdarmgeschwüre. Falls ja, welche? Ja/ Nein

• **Blut:** z.B. häufiges Nasenbluten, Blutergüsse auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörungen. Falls ja, welche? Ja/ Nein

• Hatten Sie schon einmal eine **Thrombose/ Embolie**? Ja/ Nein

3. Bestehen **Allergien** (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder **Unverträglichkeiten** (z.B. Betäubungsmittel, Schmerzmitteln, Kontrastmitteln, Medikamente, Pflaster, Latex, Jod, Nahrungsmittel)? Falls ja, welche? Sie einen **Allergieausweis** besitzen, bitte vorlegen! Ja/ Nein

4. Haben/hatten Sie eine **Tumorerkrankung**? Falls ja, welche? Ja/ Nein

5. Besteht eine **chronisch-Infektiöse Erkrankung** (z.B. Hepatitis, HIV-Infektion, Tbc)? Falls ja, welche? Ja/ Nein

6. Wurde schon einmal eine **Röntgenaufnahme, Computer- oder Kernspintomographie** durchgeführt? Falls ja, bitte Art der Untersuchung sowie wann und wo sie stattfand angeben. Ja/ Nein

7. Traten bei bei **früheren Kontrastmitteluntersuchungen** Nebenwirkungen auf? Falls ja, welche? Ja/ Nein

8. Zusatzfragen bei Frauen im gebärfähigen Alter:

- Könnten Sie schwanger sein? J N
- Stillen Sie? J N

Vermerke des Arztes zum Aufklärungsgespräch am

Folgende Behandlung ist vorgesehen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Periradikuläre Schmerztherapie (PRT) | <input type="checkbox"/> Facettenblockade |
| <input type="checkbox"/> Computertomographie | <input type="checkbox"/> Anderer bildgebender Verfahren |

In folgenden Bereichen der Wirbelsäule: _____

Vorgesehen ist die Einspritzung eines Lokalanästhetikums oder entzündungshemmenden Mittels am (vorgesehener Termin):

Einwilligung:

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden. Weiters konnte ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin 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. Mir sind die Wirkungsweise sowie Vor- und Nachteile des für diese Anwendung (an der Nervenwurzel der Wirbelsäule) nicht zugelassenen Arzneimittels Kortison erklärt worden.

Den Fragebogen (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt. Die vorgegebene Verhaltensweise, insbesondere nach der Behandlung werde ich beachten.

Ort, Datum, Uhrzeit

Name, Unterschrift

Arzt