



## **PATIENTENAUFKLÄRUNGSBOGEN ZUR ANALGETISCHEN BESTRAHLUNG (RÖNTGEN – REIZBESTRAHLUNG) EINER DEGENERATIVEN ERKRANKUNG**

- **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Sie haben eine Erkrankung, die Ihnen Schmerzen verursacht und Sie in ihrer Mobilität einschränkt. Andere Therapien haben eventuell bislang keinen ausreichenden Erfolg erzielt. In einem persönlichen Gespräch überprüfen, beziehungsweise stellen wir die Indikation für eine Schmerz- Behandlung mittels Strahlentherapie. Es handelt sich dabei um eine seit Jahrzehnten bewährte Therapie.

- **Grundsätzliches zur Strahlentherapie:**

Für die Behandlung verwenden wir schmerzlindernde Röntgenstrahlen in niedrigen Strahlendosen. Diese haben entzündliche Wirkungen, welche auf sehr komplexe Wirkungsweisen Zellen aktivieren, die durch Abgabe von Enzymen sowie Sauerstoff - Metaboliten der Entzündung entgegen wirken. Im entzündeten Gewebe kommt es zu einer Senkung des Säure-Gehaltes sowie zu einer Reduktion der Wasseransammlungen (Ödeme).

- **Ablauf der Strahlenbehandlung:**

Die ambulante Behandlung erstreckt sich über 2-3 Wochen, wobei Sie pro Woche drei Bestrahlungen erhalten. Jede Bestrahlung dauert knapp 1 Minute. Die Behandlung ist nicht schmerzhaft. Die Bestrahlung ist nicht zu spüren und wird in niedriger Dosis lokal verabreicht. Sollte bei der ersten Bestrahlungsserie nicht der gewünschte Erfolg eintreten kann nach Absprache mit dem Arzt eine zweite Serie nach circa acht Wochen angeschlossen werden.

- **Nebenwirkungen der Strahlentherapie:**

Da die erforderliche Strahlendosis nur gering ist, treten im Allgemeinen keine oder nur geringe Nebenwirkungen auf. Sehr selten kann es zu einer leichten Rötung der Haut im Bestrahlungsgebiet kommen. Eine besondere Pflege der Haut ist nicht erforderlich. Eine Meidung starker Hitze beziehungsweise Kälte ist empfehlenswert. Selten kann es initial zu einer leichten Verstärkung der Beschwerden kommen, häufig ein Zeichen für das Einsetzen entzündungshemmender Wirkung im Gewebe. Bei einer Schwangerschaft sollte die Röntgentherapie nicht durchgeführt werden. Es wurde auf eine mögliche Tumorinduktion hingewiesen, wenn auch diese in Anbetracht der niedrigen Dosisbereiche in der Literatur bisher nicht beschrieben wurde.

.....  
Nachname

Vorname

Geburtsdatum

**Bitte beantworten Sie noch die folgenden Fragen.**

Ist bei Ihnen bereits eine Bestrahlung durchgeführt worden?

nein

ja

Wie wurden ihre aktuellen Beschwerden bisher behandelt?

\_\_\_\_\_

Für Frauen: Ich versichere nicht schwanger zu sein.

nein

ja

**• Einverständniserklärung:**

Ich willige hiermit in die vorgeschlagene Behandlung ein.

nein

ja

Auf die gesetzlich vorgeschriebene Bedenkzeit von 24 Stunden verzichte ich hiermit ausdrücklich und wünsche gleich im Anschluss an das Aufklärungsgespräch die erste Behandlung.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten /ges. Vertreters: \_\_\_\_\_

Arzt \_\_\_\_\_



