



Einwilligung zur periradikuläre Injektion u. Facetteninfiltration der kleinen Wirbelgelenke

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail Adresse (freiwillig. Angabe für Terminerinnerung u. Befundversand)

Wo haben Sie **Schmerzen**? _____

Ist bei Ihnen eine **Störung der Blutgerinnung** bekannt?

Ja

Nein

Nehmen Sie Medikamente, welche die Blutgerinnung hemmen?
(z.B. Markumar) Wenn ja, welche? _____

Ja

Nein

Leiden Sie an einer **Allergie**?

Ja

Nein

Allergie gegen CT-Kontrastmittel?

Ja

Nein

Haben Sie **Diabetes**?

Ja

Nein

Besteht eine **Schwangerschaft**?

Ja

Nein

Allgemeine Patienteninformation: Die CT-gesteuerte periradikuläre Therapie und die Facettengelenksinfiltration sind therapeutische Maßnahmen zur Behandlung chronischer und akuter Lumboischialgien und Lumbalgien. Sie sind nicht für jeden Patienten geeignet. Die Indikation muss aufgrund einer ausführlichen Vordiagnostik und in einem Gespräch mit dem durchführenden Arzt in jedem einzelnen Fall konkret geklärt werden.

Es handelt sich um einen wenig invasiven Eingriff, bei dem der Patient in Bauchlage im Computertomographen liegt. Unter CT-Steuerung wird eine normale Injektionsnadel millimetergenau in unmittelbare Nachbarschaft zur Nervenwurzel bzw. an die Gelenkfacette positioniert. Anschließend erfolgt die Injektion eines entzündungshemmenden und schmerzstillenden Medikamentes und ggf. geringer Mengen lokalen CT-Kontrastmittels.

Nebenwirkung: Selten kommt es zu meist sehr leichten Nachblutungen. Noch seltener sind Infektionen (Spritzenabszesse). Selten kann es zu einer leichten Lähmung im Unterschenkelbereich kommen, welche 1 - 2 Tage anhalten kann.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, dass ich in die vorgeschlagene Therapie einwillige. Mir ist bekannt, dass an der Einstichstelle der Injektion sich ein Hämatom oder Spritzenabszess o. ä. bilden kann.

Datum, Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

- Ich willige ein, dass im Radiologischen Zentrum Wiesloch / Sinsheim meine Patientendaten erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Insbesondere bin ich zum Zwecke der Weiterbehandlung mit der Übermittlung der Befunde und / oder Bildmaterial der Untersuchung an behandelnde Ärzte einverstanden.
- Ich willige ein, dass das Radiologische Zentrum Wiesloch / Sinsheim zum Zwecke der Befundung die Befunde und / oder Bildmaterial einholt.
- Ich willige in einen unverschlüsselten E-Mailversand meiner Befunde, einschließlich personenbezogener Daten, an die oben genannte E-Mail Adresse ein.

Vollmacht

Ich bevollmächtige folgende Person _____ geboren am _____ in meinem Namen alle Unterlagen / Dokumente, die meine Person betreffen, abzuholen bzw. entgegenzunehmen.

Datum, Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärungen über die Entbindung von der Schweigepflicht, Einwilligung in die Übermittlung der Daten und Bevollmächtigung Dritter jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.