

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind zur Durchführung einer periradikulären Therapie unter computertomographischer Steuerung in unsere Praxis gekommen. Dabei werden in Bauchlage Querschnittbilder von Wirbelsäule und Bandscheiben mittels Röntgentechnik hergestellt. Dann wird in lokaler Betäubung eine dünne Nadel bis zu dem betroffenen Nerv gebracht. Die Lage der Nadel wird anhand einzelner Schichtaufnahmen kontrolliert und korrigiert. Anschließend erfolgt die Gabe von einem Betäubungsmittel und Cortison über die Nadel. Das Cortison führt zu einem Rückgang der Schwellung des Nervs. Dieses Verfahren ist langjährig erprobt und risikoarm. Die Anwendung eines Cortisonpräparates zur wirbelsäulennahen Schmerztherapie ist jedoch von den jeweiligen Präparateherstellern nicht vorgesehen (sog. Off-label-use). Die seltenen Risiken dieses Eingriffes bestehen in anhaltender Schwäche des betroffenen Arms oder Beins, Blutung, Infektion, bleibenden Lähmungserscheinungen (Querschnitt), Gewebsverlust, Materialbruch, Kreislaufreaktion oder Allergie.

Vor dem Eingriff benötigen wir folgende Angaben:

Name, Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Straße, Hausnummer	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Postleitzahl Ort	Geschlecht
Überweisender Arzt	Telefonnummer
	Name der Krankenversicherung

Unter welchen Beschwerden leiden Sie und seit wann?

	Bitte zutreffendes ankreuzen	
	JA	NEIN
Ist bei Ihnen bereits eine PRT durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie zuckerkrank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Infektionserkrankung wie z.B. Hepatitis, TBC oder HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente oder leiden Sie an einer Störung der Blutgerinnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn JA, welche Medikamente nehmen Sie? _____

Am Tag der Behandlung dürfen Sie nicht als Auto- oder Fahrradfahrer am Straßenverkehr teilnehmen.

Wir bitten um Ihre Unterschrift als Bestätigung Ihres informierten Einverständnisses in die Durchführung einer PRT.

Ich bin mit der Archivierung dieses Fragebogens in der Röntgenpraxis einverstanden.
(Falls eine Kopie gewünscht wird, teilen Sie dies bitte der betreuenden Röntgenassistentin mit).

Datum	Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Vertreters	Arzt
-------	--	------