

Patientendaten

Name, Vorname	Geburtsdatum
PLZ Ort , Straße	Telefonnummer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden zu einer **CT-Intervention** der Bandscheibe und/oder Denervierung der kleinen Wirbelgelenke überwiesen, um Beschwerden zu lindern, die durch die Reizung einer oder mehrerer Nervenwurzeln und/oder der kleinen Wirbelgelenke (Facettengelenke) und/oder der Ileosacralgelenke hervorgerufen werden. Der Fachbegriff der Behandlung heißt Perkutane Laser Disk Dekompression (PLDD).

Bei diesem Therapieverfahren wird mit Hilfe eines Computertomographens das Instrumentarium (dünne Injektionsnadeln) „unter Sicht“ bis an die zu behandelnde Stelle im Organismus (Bandscheibe, Nerv, Gelenk) gebracht und dann das Therapeutikum (in unserem Falle Medikament und Laserfaser) gezielt und präzise verabreicht. Die Laserimpulse bewirken eine punktgenaue Erhitzung des Gewebes, was entweder zur Schrumpfung von Bandscheibengewebe oder einer nachhaltigen Unterbrechung von Nervenfasern führt.

Vorbereitung:

Die Indikation zu dieser ambulanten Intervention sollte durch einen Facharzt gestellt werden, nachdem eine interdisziplinäre Abklärung erfolgte. Oft ist im Vorfeld bildgebende Diagnostik erfolgt, deren Ergebnisse Sie uns bitte zur Verfügung stellen, falls diese nicht in unserer Praxis durchgeführt wurde. Gegebenenfalls erfolgt vor der eigentlichen Intervention nochmals eine diagnostische CT-Serie.

Sie müssen **nicht nüchtern** sein.

Bitte bringen Sie einen **gültigen Überweisungsschein**, sowie diese Patientenaufklärung mit. Der behandelnde Arzt wird ggf. Details mit Ihnen besprechen, Sie haben die Möglichkeit Fragen zu stellen und können Ihr Einverständnis zur Intervention jederzeit zurückziehen. Die ambulante Behandlung erfolgt im Rahmen einer sogenannten Ambulanten Operation (AOP) als krankenstationersetzende Leistung und wird ambulant abgerechnet.

Ablauf der Behandlung/Nachbehandlung:

Sie werden auf dem CT-Tisch bei Interventionen der BWS/LWS in Bauchlage und bei Interventionen der HWS in Seitenlage positioniert, was durchaus als unbequem empfunden werden kann. Danach erfolgt eine umfangreiche Hautdesinfektion, um aseptische Interventionsbedingungen zu schaffen. Nach CT- und lasergestützter Positionierung erfolgen eine lokale Betäubung und die Punktion mit einer sterilen Sonde, über welche das Therapeutikum präzise am Wirkort platziert wird. Während und nach der Therapie erfolgen weitere, einzelne computertomographische Kontrollen, um die stets korrekte Lokalisation zu dokumentieren. Nach Abschluß der Intervention werden die Injektionsstellen mit sterilen Wundverbänden abgedeckt, die für 12 Stunden nicht entfernt werden sollten. Noch im Behandlungsraum werden Sie in ein Krankenbett umgelagert, in dem Sie ca. 4 Stunden zur Nachbeobachtung verbleiben. Die Behandlungs- und Nachbeobachtungszeit beträgt somit ca. **5 Stunden**. Generell empfehlen wir Ihnen ausdrücklich, sich nach der Behandlung durch eine helfende Person begleiten zu lassen. Sie dürfen anschließend nicht selbst Auto fahren. Bei akuten Komplikationen ist eine Krankenhauseinweisung nicht ausgeschlossen.

Folgende Komplikationen oder Nebenwirkung können prinzipiell auftreten:

- Blutungen und/oder Entzündungen im Punktionskanal,
 - Verletzungen von Blutgefäßen und Nerven in Nähe des Wirkortes. Die Gefahr irreversibler Schäden ist aber wegen der CT-Bildgebung während der Intervention auf ein minimales Risiko reduziert,
 - allergische Reaktionen auf Glukokortikoide, Betäubungsmittel oder Kontrastmittel, oder
 - andere Nebenwirkungen dieser Medikamente, insbesondere bei bestehenden **Vorerkrankungen**, wie z.B. **Magen-/Darmgeschwüren, Diabetes mellitus, Glaukom, Kreislauf-, Blutgerinnungs- und Stoffwechselstörungen**).
- Bitte wenden!**

MEDPOL Jena

Zeitzer Str. 20; 07743 Jena

Tel. 03641 / 35 80 00; Fax: 03641 / 35 80 22

jena@medpol.de

MEDPOL Erfurt

Am Urbicher Kreuz 11; 99099 Erfurt

Tel: 0361 / 65 32 06 00; Fax: 0361 / 65 32 06 66

erfurt@medpol.de

Formular:

Patientenaufklärung CT-Intervention PLDD

Seite 2 von 2

Bei Ihnen ist folgende CT-Intervention und folgendes Behandlungsschema vorgesehen:

Informationen für den Arzt

Wurden Sie in der letzten Zeit in der entsprechenden Region operiert oder anderweitig therapiert? () nein () ja

Wann? _____

Was? _____

Ist bei Ihnen eine der umseitig, zuletzt genannten Vorerkrankungen zutreffend? () nein () ja

Welche? _____

Haben Sie zur Zeit Schmerzen? () nein () ja

Wo? _____

Nehmen Sie Medikamente zur „Blutverdünnung“ (z.B. Marcumar, ASS) ein? () nein () ja

Welche? _____

Besteht eine Infektionskrankheit oder meldepflichtige Infektion mit Krankheitserregern? () nein () ja

Welche? _____

Besteht eine Allergie?

Welche? _____

() nein () ja



Könnten Sie schwanger sein? () nein () ja

Nehmen Sie die Pille? () nein () ja

Intrauterinpeessar (Spirale)? () nein () ja

Zeitpunkt der letzten Regelblutung: _____

MTRA**Einwilligungserklärung und Datenschutzhinweis**

Ich hatte genügend Zeit mich mit den Besonderheiten der Therapie zu beschäftigen, alle meine Fragen wurden mir ausreichend beantwortet.

Nach gründlicher Überlegung willige ich in die CT-gestützte PLDD und die damit verbundenen Risiken ein. Auch mit einer vom Arzt ggf. angeordneten Krankenhauseinweisung bin ich bereits vorab einverstanden.

Die Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Patientenaufklärung gelesen und verstanden habe. Mir wird dieses Dokument abschließend ausgehändigt. Eine digitale Kopie wird erstellt und zu Dokumentationszwecken archiviert.

Ort, Datum_____
Unterschrift Patient_____
Unterschrift Arzt**Anmerkungen**