

## Liebe Patientin, lieber Patient,

Bei Ihnen ist eine computertomographisch gesteuerte PRT, eine Peri-Radikuläre-Therapie, bzw. eine Facettenblockade vorgesehen.

Vorteil dieser Methode bei Nerven- oder Facettengelenkschmerzen, ist die gezielte bildgesteuerte Applikation eines Medikamentengemisches. Es besteht aus Cortison und einem Schmerzmittel. Dieses wird lokal und konzentriert millimetergenau an den betroffenen Ort gespritzt und kann dort seine optimale Wirkung entfalten.

## Indikationen der CT-PRT oder Facettenblockade sind

- Chronische und akute Rückenschmerzen
- Degenerative Wirbelsäulenerkrankungen
- Schmerzlinderung bei Bandscheibenvorfällen (als Alternative zur Operation)
- Schmerzsyndrome nach Bandscheibenoperationen.

## Wie verläuft eine CT-PRT

- Wichtig ist eine bequeme Lagerung in Bauchlage
- Desinfektion der Haut
- Verschieben der Nadel bis an die betroffene Region
- Kontrollbilder zur Überprüfung der Position der Nadelspitze
- Langsame Injektion des Medikamentengemisches

## Nebenwirkungen

Aufgrund des niedrig dosierten Cortison Präparates sind Nebenwirkungen sehr selten. Nach der Injektion können kurzfristig Taubheitsgefühl und eine Schwäche im Bein auftreten, die normalerweise nach kurzer Zeit verschwindet.

## Weitere mögliche Nebenwirkungen sind

Wadenkrämpfe, geringe Gewichtszunahme, Blutdruckanstieg, Blutzuckeranstieg und Zyklusstörungen bei Frauen.

Die angewendeten Medikamente können im Extremfall zu einer allergischen Reaktion, evtl. zu einem Schock führen. Durch die Punktion selbst ist es möglich, dass kleine Blutungen im Stichkanal mit der Folge von blauen Flecken auftreten. Denkbar sind auch Entzündungen, z.B. durch Hautkeime, die trotz der Desinfektion beim Stechen mit in die Tiefe transportiert werden.

Extrem selten kann es zu bleibenden Nervenschädigungen kommen bis hin zur Querschnittslähmung.

In der Literatur ist weltweit nach unserer Kenntnis ein einziger solcher Fall aufgetreten.

**Für die Untersuchung bitten wir Sie,  
den folgenden Fragebogen  
möglichst genau zu beantworten.**

Bitte wenden!

Vorname / Nachname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Körpergewicht (kg): \_\_\_\_\_ Körpergröße (m): \_\_\_\_\_

1. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?  
z.B. ASS, Marcumar, Aspirin, Heparin  ja  nein
2. Besteht bei Ihnen eine Unverträglichkeit gegen  
Cortison oder Betäubungsmittel?  ja  nein
3. Liegt bei Ihnen eine der nachfolgenden Erkrankung vor?
  - Blutgerinnungsstörungen  ja  nein
  - Thrombozytopenie (Blutplättchenarmut)  ja  nein
  - Diabetes  ja  nein
  - Bluthochdruck  ja  nein
4. Für Frauen im gebärfähigen Alter
  - Sind Sie schwanger?  ja  nein
  - Stillen Sie?  ja  nein
5. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei Bedarf Voraufnahmen  
bei anderen Ärzten eingeholt werden dürfen  ja  nein

## Einwilligungserklärung

Ich versichere sämtliche Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Ich bin ausführlich über die bevorstehende Untersuchung informiert. Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die angeordnete Untersuchung ein. Ich habe die Patienteninformation (Version 1.11.2019) zum Datenschutz gelesen und bin mit allen Punkten einverstanden.

**Sofern Sie eine Kopie dieser Unterlage wünschen, dann sprechen Sie bitte unsere Mitarbeiter an.**

Eichsfeld, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in)

## Nur vom zuständigen Arzt auszufüllen

### Anmerkungen

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, spezifische Nebenwirkungen, Alternativen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eichsfeld, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt (Ärztin)