



## Patienteninformation

---

### CT-gesteuerte Schmerztherapie

- Wurzeltherapie der Spinalnervenwurzeln
- Facettentherapie der Wirbelgelenke

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind für eine CT-gesteuerte Schmerztherapie in unserer Praxis angemeldet. Bevor die Untersuchung durchgeführt werden kann, bitten wir Sie, die nachfolgenden Ausführungen sorgfältig zu lesen.



Leider dürfen wir seit dem 01.04.2013 nur noch Patienten mit einer gültigen Überweisung eines Schmerztherapeuten oder Selbstzahler behandeln. Wenn sie Fragen hierzu haben wenden sie sich bitte telefonisch an uns.

### Vorbereitung und Ablauf

Ihr behandelnder Schmerztherapeut hat Sie zu einer CT-gesteuerten Schmerztherapie überwiesen. Vor der Therapie findet ein schriftlich dokumentiertes Gespräch über Ziel und Risiken der Therapie statt.

Dazu benötigen wir folgende Unterlagen:

1. Eine aktuelle Blutuntersuchung zur Feststellung der Gerinnungsfähigkeit Ihres Blutes sowie zum Ausschluss einer bakteriellen Entzündung (sogenannte Quick-, Thrombozyten- und CRP-Werte).
2. Falls möglich eine Kernspintomographie mit sogenannten STIR-Sequenzen. Diese soll eine bakterielle Entzündung der zu behandelnden Wirbelsäulenabschnitte ausschließen. Sollte eine Kernspintomographie (z.B. aufgrund Herzschrittmacher) nicht möglich sein, ist eine diagnostische Computertomographie notwendig.

Im **Aufklärungsgespräch** wird dann ein **individueller Therapiezyklus** mit einem stark, aber nur lokal wirkenden schmerz- sowie einem entzündungshemmenden Medikament mit Ihnen festgelegt.

Hierzu wird eine dünne Nadel an der Zielstruktur unter CT-Kontrolle positioniert und die Medikamente werden dann zielgenau platziert. Die Zeitabstände der Therapie, die maximal sechsmal erfolgt, werden individuell festgelegt.



## Patienteninformation

---

Um die Behandlung möglichst risikoarm für Sie zu gestalten, benötigen wir folgende Informationen von Ihnen:

1. Hatten Sie schon mal eine bakterielle Entzündung der Wirbelsäule (Spondylodiszitis)?  
ja nein
  2. Sind Sie Diabetiker/-in?  
ja nein
  3. Haben Sie eine Allergie gegen lokale Betäubungsmittel oder Kortisonpräparate?  
ja nein
  4. Hatten Sie schon einmal eine Schmerztherapie an der Wirbelsäule?  
ja nein
- Mit Besserung? ja nein

Wie lange gebessert? \_\_\_\_\_

Wie lange ist diese Therapie her? \_\_\_\_\_

**Bringen Sie diesen Bogen bitte zur Untersuchung ausgefüllt mit.**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift des(-r) Patienten(-in):** \_\_\_\_\_