

## Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Dieser Informationsbogen soll Sie auf das Aufklärungsgespräch vorbereiten.

### Diagnose/Erkrankung:

Sie leiden an einer \_\_\_\_\_,  
die Sie durch die minimal invasive interventionelle Massnahme (Einspritzung von Medikamenten) behandeln lassen wollen.

### Verlauf mit Behandlung:

Durch den Eingriff soll eine Verbesserung Ihrer Schmerzsituation bzw. eine Verbesserung der Sie einschränkenden Beschwerden und/oder neurologischen Defizite, d.h. Muskelschwäche / Sensibilitätsstörungen, erreicht werden.

### Behandlungsalternativen:

Die verschiedenen alternativen Behandlungsoptionen wurden Ihnen vorgestellt.

Eine minimal invasive interventionelle Schmerztherapie stellt in der Regel keine Noffallsituation dar. Es handelt sich also um einen Wahleingriff. Deshalb ist es wichtig, dass Sie sich genügend Zeit nehmen, bevor sie sich für diese Behandlung entscheiden.

### Operationsablauf:

Diese Patienteninformation soll Ihnen diese Operation erklären und Sie auf die allerdings sehr selten vorkommenden nachteiligen Folgen aufmerksam machen. Bitte lesen Sie sie sorgfältig durch oder lassen Sie sich die Information vorlesen. Stellen Sie bei Unklarheiten Fragen, bevor Sie Ihr Einverständnis zum Eingriff geben.

Der Eingriff wird unter sterilen Bedingungen, Röntgendarstellung und Kontrastmittelkontrolle durchgeführt. Eine örtliche Betäubung vor dem Eingriff reduziert in der Regel die Schmerzempfindungen, die mit dem Eingriff einhergehen. Zusätzlich wird Ihnen nach Bedarf ein beruhigendes Medikament verabreicht. Deswegen ist auch eine Überwachung Ihrer Herzkreislauffunktionen sowie Ihrer Atmung erforderlich. Die Art und Dosierung der verwendeten Medikamente hängt von der zugrunde liegenden Erkrankung ab.

Die Interventionen haben oft einen therapeutischen Ansatz, zeigen aber häufig auch den Ursprung Ihrer Beschwerden zur Sicherung der Diagnose.

Während der Intervention kann es kurzzeitig zu einer Schmerzverstärkung kommen, welche ebenfalls lokaldiagnostische Bedeutung haben kann (memory pain).

Zum Schluss der Intervention erhalten Sie einen sterilen Pflasterverband.

#### **Erweiterungsmassnahmen:**

Wenn sich während des Eingriffes die Notwendigkeit ergibt, die Intervention in einer abgeänderten Form durchzuführen, bin ich ebenfalls mit den besprochenen Änderungen und Erweiterungen, die sich während des Eingriffes erforderlich erweisen, einverstanden.

#### **Mögliche Komplikationen:**

Folgende Komplikationen treten grundsätzlich nur sehr selten auf:

Weil die Haut mit einer Nadel durchstochen wird, steht die lokale oder die in die Tiefe gehende Infektion im Vordergrund. Sterile Bedingungen und sauberes Arbeiten in hygienischen Eingriffsräumen minimieren Ihr Infektionsrisiko. Patienten mit akuten oder chronischen Infektionen oder verringerter Immunkompetenz (Diabetiker, Transplantationspatienten, Rheumapatienten u.a.) haben ein erhöhtes Infektionsrisiko, so dass wir mit Ihnen gemeinsam Nutzen und Risiko abwägen.

Lokale und allgemeine Wirkungen von Cortison und Gewichtsveränderungen sind in einigen Fällen - auch länger anhaltend - möglich.

Kurzzeitige Wirkungen der Medikamente bestehen in Zyklusveränderungen und vegetativen Symptomen wie Kreislaufschwankungen, Schwindel, Unwohlsein und vermehrtem Wärmegefühl mit Schwitzen und Gesichtsrötung.

Überempfindlichkeitsreaktionen gegen die verwendeten Medikamente sind möglich, aber aufgrund der oben beschriebenen Vorsichtsmassnahmen in der Regel gut beherrschbar. Äusserst selten sind Blutungen lokal oder in der Umgebung von einzelnen Nerven sowie im Spinalkanal oder Entzündungen der Hirnhäute.

In unserer Abteilung ist bei insgesamt mehr als \_\_\_\_\_ Eingriffen in den letzten Jahren weder eine tiefe Infektion noch eine Blutung aufgetreten.

### **Kontraindikationen:**

Wenn eine Infektion vorliegt oder wenn Sie Blutverdünner wie z.B. Plavix einnehmen, soll in der Regel auf die vorgeschlagene Behandlung verzichtet werden. In besonderen Fällen erfolgt eine Rücksprache mit dem verordnenden Arzt.

Wenn sie ASS (Aspirin) einnehmen, gibt es Situationen, in denen die vorgeschlagene Behandlung durchgeführt werden kann. Wir werden mit Ihnen im Einzelfall absprechen, ob sie das Aspirin vorher absetzen sollten.

### **Nach der Intervention:**

In der Regel beträgt die Arbeitsunfähigkeit nach einem minimal invasiven interventionellen Eingriff 1 Tag, selten länger.

Auf Verlangen sind wir gerne bereit, Ihnen diese Arbeitsunfähigkeit für den Eingriffstag und den Tag danach zu bestätigen.

Die eingesetzten Medikamente sind langjährig erprobt und zeigen keine Verträglichkeitsstörungen.

Bei wenigen Eingriffen oder bei Patienten mit höherem Risiko durch mehrere

Allgemeinerkrankungen empfehlen wir einen stationären Aufenthalt um im Falle von Komplikationen unmittelbar eingreifen zu können.

Bei Auftreten von Komplikationen, über die der/die unterzeichnende Patient/in umfassend aufgeklärt worden ist, ist eine umgehende Kontaktaufnahme ggf. Wiedervorstellung vereinbart.

Sollten nach Ihrer Entlassung neue Symptome wie Muskelschwächen, Gefühlsstörungen, Fieber, Kopfschmerzen beim Aufstehen, Inkontinenz oder andere Sie beunruhigende körperliche Empfindungen auftreten, bitten wir Sie sich umgehend mit uns in Verbindung zu setzen.

### **Einwilligung des Patienten:**

Ich versichere, dass ich in der Krankengeschichte alle mir bekannten Leiden und Beschwerden, auch allgemeiner Natur, genannt habe.

Ich weiss, dass keine Garantie für den Erfolg des Eingriffs gegeben werden kann.

Ich erkläre hiermit, die umseitig aufgeführten Erläuterungen verstanden zu haben und zusätzlich von ärztlicher Seite ausführlich über den Eingriff orientiert worden zu sein.

Ich hatte genügend Gelegenheit, allfällige Unklarheiten mit dem Arzt/ der Ärztin zu klären und Fragen zu stellen, die vollumfänglich beantwortet wurden.

**Notizen der Ärztin/des Arztes zum Aufklärungsgespräch** (Verzicht auf Aufklärung mit

Angabe des Grundes, individuelle risikoe erhöhende Umstände: Alter, Herzleiden, erhöhten Blutdruck, Uebergewicht etc.):

---

---

---

Frau / Herr Dr. \_\_\_\_\_ hat mit mir ein Aufklärungsgespräch geführt. Ich habe die Erläuterungen verstanden und konnte alle mir wichtigen Fragen stellen. Ein Doppel des Gesprächsprotokolls wurde mir übergeben. Ich bin mit dem geplanten Eingriff einverstanden, ebenso wie mit den besprochenen Änderungen und Erweiterungen, die sich während der Operation als erforderlich erweisen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patient/in

Der gesamte Text zur Einwilligung wurde mit dem Patienten/der Patientin besprochen, die Fragen geklärt und eine Kopie dieses Aufklärungsprotokolls wurde dem Patienten/der Patientin übergeben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Zeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes