HELIOS Klinikum Berlin

Robert-Rössle-Klinik am Max-Delbrück-Centrum

HELIOS Klinikum Berlin – Robert-Rössle-Klinik
Charité – Campus Berlin-Buch • D –13122 Berlin

Name: _____

Vorname: _____

Geb. – Datum: _____

Adresse: _____

_____

Krankenkasse: _____

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
MEDIZINISCHE FAKULTÄT
DER HUMBOLDT-UNIVERSITÄT
CAMPUS BERLIN-BUCH

Funktionsbereich Radiodiagnostik
Leiter: Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. R. Felix

Fachambulanz für diagnostische und interventionelle Radiologie

Röntgendiagnostik
Tel. (030) 94 17 – 1265
Fax (030) 94 17 – 1281
Email: gebauer@rrk-berlin.de

Patientenaufklärung über Schmerztherapie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu uns mit der Bitte überwiesen, bei Ihnen eine computertomographisch gesteuerte Punktion mit Schmerztherapie mittels eines Lokalanästhetikums und Kortison durchzuführen. Hierbei kann es zu einigen unerwünschten Nebenwirkungen und Komplikationen kommen. Komplikationen sind zum einen **Blutung, Bluterguß** und zum anderen **Infektionen**, manchmal auch mit **Abzeßbildung**. Durch das applizierte Lokalanästhetikum kann es bei zu hoher Dosierung zu vorübergehenden oder längerfristiger **Taubheit** oder **Lähmung** der Beine/Gesäßregion kommen. Gelegentlich findet paradoxerweise auch eine **Schmerzverstärkung** durch die Infiltration statt.

Bitte seien Sie durch diese Aufklärung nicht beunruhigt. Wir sind heute im Sinne der Wahrung Ihrer persönlichen Rechte gehalten, Sie über mögliche Komplikationen zu informieren und benötigen zur Schmerztherapie Ihr Einverständnis.

Zuvor bitten wir Sie noch, einige Fragen zu beantworten.

Haben Sie bei einer früheren Röntgenuntersuchung bereits ein Kontrastmittel erhalten (z.B. Herzkatheter, Beinvenendarstellung)?	nein □	ja □
Sind hierbei Zeichen einer Unverträglichkeit aufgetreten?	nein □	ja □
Ist bei Ihnen eine Allergie (Heuschnupfen, Asthma etc.) bekannt?	nein □	ja □
Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt?	nein □	ja □
Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?	nein □	ja □
Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)?	nein □	ja □
Wenn ja, nehmen Sie Tabletten zur Behandlung der Zuckerkrankheit vom Typ der Biguanide? (Biacos®, Diabesin®, Diabetase®, Glucobon®, Glucophage®, Mediabet®, Megglucon®, Mescorot®, Met® 500/800, Metformin®, Siofor®, Thiabet®)	nein □	ja □

Ist bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung bekannt?	nein □	ja □
Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung verlangsamen oder beeinflussen? (z. B. Aspirin®/ASS , Marcumar®/Falithrom®/marcuphen®/Phenprocoumon)	nein □	ja □
Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie zur Zeit?	nein □	ja □

Notizen des aufklärenden Arztes:

Nach Abschluß der Untersuchung empfehlen wir Ihnen, noch einige Zeit im Wartebereich Platz zu nehmen, da Unverträglichkeitsreaktionen auch verzögert auftreten können.

Ich habe dieses Informationsblatt gelesen und verstanden. Rückfragen wurden mir beantwortet.
Ich stimme der computertomographisch gesteuerten Schmerzpunktion zu.

Datum: _____ **Patient**: _____

Arzt: _____ **Zeuge**: _____

Bei Untersuchung von Kindern oder Jugendlichen unter 18 Jahren:

Als Erziehungsberechtigter bzw. Vormund stimme ich der Untersuchung meines Kindes, das Einverständnis meines/r miterziehungsberechtigten Partners/Partnerin voraussetzend, zu.

Datum: _____

Erziehungsberechtigter: _____

Arzt: _____ **Zeuge**: _____