



PATIENTENAUFKLÄRUNG

zu Injektionen in Gelenke der Facetten der LWS / ISG

- | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Facette LWS | <input type="checkbox"/> Triamcinolon 10 / 20 / 40 | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> ISG | <input type="checkbox"/> Lidocain | <input type="checkbox"/> links |
| | | <input type="checkbox"/> beidseitig |

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

jede Behandlung, also auch die Injektionstherapie, zu der wir Ihnen raten, bedarf grundsätzlich Ihrer Zustimmung. Unser Wunsch und unsere Pflicht ist es, Sie umfassend und verständlich über die empfohlene Injektionsbehandlung zu beraten und zu informieren.

Bei der Injektion zur Therapie von degenerativen und/oder mechanisch bedingten Gelenkerkrankungen wird eine Einspritzung (Injektion) in das betroffene Gelenk vorgenommen.

Beim Einsatz von Präparaten können auch unerwünschte oder nicht voraussehbare Ereignisse auftreten. In seltenen Fällen kann es bei der Injektion zum Beispiel zu kleinen Blutungen oder Nervenreizungen kommen. In äußerst seltenen Fällen (etwa einmal im Rahmen von 30.000 Injektionen) kann es trotz fachgerechter Technik zu Infektionen des Gelenkes bzw. des Gewebes in der Umgebung der Injektionsstelle kommen. (Nähere Informationen hierzu finden Sie auch in der Gebrauchsinformation.)

Sollten Sie nach einer Injektion bei sich:

- Infektionsgefahr
- Überwärmung
- Fieber/Schüttelfrost
- starke Schmerzen
- Herzjagen/Atemnot
- Rötung oder Schwellung der behandelten Körperregion
- Nervenschäden mit Muskelschäden und Kraftverlust

feststellen, so bitten wir Sie, uns umgehend telefonisch hierüber zu unterrichten oder sofort in unsere Praxis zu kommen. Falls wir in der Praxis nicht erreichbar sind, suchen Sie bitte umgehend den ärztlichen Notdienst auf.

Sollten Sie weitere Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Diese Patientenaufklärung habe ich aufmerksam gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Verständnisfragen zu stellen; meine Fragen wurden zufrieden stellend beantwortet.

Bemerkungen:

Datum

Unterschrift Patient/in

Praxisstempel