

Allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Marie-Luise Drees-Kulow & Karl Arne Faust & Dr. med. Christiane Ferekidis
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Paulinenstraße 71a 32756 Detmold

Aufklärung Facetteninfiltration

(Aufklärungsbestätigung und Einverständniserklärung zu Behandlungsmaßnahmen)

Diagnose : **Degeneratives HWS- / LWS - Syndrom mit Spondylarthrose**

Vorgeschlagene Behandlungsmaßnahme : **Facetteninfiltration HWS / LWS in Höhe**

Art der Behandlungsmaßnahme :

Die einzelnen Knochen der Halswirbelsäule / Lendenwirbelsäule sind über Bänder, Sehnen und Gelenke miteinander verbunden. Diese Gelenke werden als Facettengelenke bezeichnet. Ziel dieser Behandlungsmethode ist, unter Röntgenkontrolle mit einer dünnen Nadel gezielt ein örtliches Betäubungsmittel und ggf. eine geringe Menge Cortison an diese Gelenke beizubringen. Durch diese Behandlungsmethode kann der von diesen Gelenken ausgehende Schmerz der Halswirbelsäule / Lendenwirbelsäule betäubt und ggf. auch auf längere Sicht erfolgreich behandelt werden.

Risiken :

Bei jeder ärztlichen Behandlungsmaßnahme bestehen Risiken, die im vorliegenden Fall jedoch von geringer Natur sind. Wir sind ärztlicherseits jedoch gehalten, Sie im einzelnen mündlich und schriftlich über diese Risiken aufzuklären.

Diese sind im wesentlichen :

- Infektion der Weichteile, des Knochens, der Bandscheibe, des Rückenmarks und der Rückenmarkshäute, Wundheilungsstörungen
- Verletzung von Blutgefäßen (Blutgerinnselbildung) und Nerven
- Punktionsfehlschlag auf Grund anatomischer Besonderheiten
- Keine Besserung bzw. Verstärkung der Beschwerden
- Vorübergehende Lähmung durch „ Spinalanästhesie “ bei versehentlicher Punktion des Rückenmarksschlauches (incl. möglicher vorübergehender Blasenstörung)
- Allergie gegen verwendete Medikamente incl. lebensbedrohlichem Schock
- Verstärkte Blutungsneigung bei vorhergehender Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (Aspirin, Marcumar etc.).
-

Mir wurde erklärt, dass solche Folgen nur selten eintreten. Der Arzt und seine Mitarbeiter handeln nach bestem Wissen und Gewissen, aber eine Garantie für den gewünschten Erfolg kann nicht übernommen werden.

Alle von mir gestellten Fragen, die meine Krankheit und die vorgesehene Behandlung betreffen, wurden von dem aufklärenden Arzt in mir verständlicher Weise beantwortet.

Mit der Durchführung der vorgeschlagenen Maßnahmen und weiterer, nicht vorher besprochener operativer Maßnahmen bin ich einverstanden, wenn diese zur Abwendung von Lebensgefahr oder einer eventuell unvorhergesehenen wesentlichen Gefährdung des Behandlungserfolges notwendig erscheinen.

Name des Patienten:

Geb.-Datum:

Datum

Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter