



Schmerztherapie – Infiltrationen

Liebe Patientin, lieber Patient

Dieses Merkblatt informiert Sie über den bei Ihnen geplanten Eingriff. Bitte lesen Sie es aufmerksam durch, damit Sie dem zuständigen Arzt gegebenenfalls zusätzliche Fragen stellen können.

Art des Eingriffes:

Die Verabreichung von Medikamenten in unterschiedliche Bereiche des Körpers ist eine häufig angewendete Technik und wird routinemässig eingesetzt. Diese Infiltrationen mittels einer Spritze werden bei verschiedenen gesundheitlichen Problemen durchgeführt. Je nach Fragestellung können unterschiedliche Medikamente z.B. in Gelenke, Muskeln oder um Nerven verabreicht werden.

Manchmal kann zur besseren Platzierung der Nadel der Einsatz eines bildgebenden Gerätes wie Ultraschall, Durchleuchtung oder Computertomographie erforderlich sein.

Die Untersuchung:

Vor der Schmerzbehandlung: Bitte bringen Sie zur Behandlung den unterschriebenen Fragebogen mit und melden Sie sich direkt an der Anmeldung der Radiologie im 1. OG.

Während der Behandlung: Die Behandlung findet in der Röntgenabteilung statt. Die Injektion wird unter sterilen Bedingungen durchgeführt. Der Zeitbedarf beträgt inklusiv Vorbereitungen ca. 20 - 30 Minuten.

Nach der Injektion: Im Normalfall gibt es nach der Behandlung keine Einschränkungen für die Teilnahme am Strassenverkehr oder beim Bedienen von Maschinen. In Abhängigkeit von den verwendeten Medikamenten kann eine gewisse Wartezeit in der Abteilung nach der Injektion sinnvoll sein, z.B. bei Verwendung von örtlichen Betäubungsmitteln. Im Einzelfall werden Sie darüber informiert.

In der Regel können Sie direkt nach der Behandlung wieder nach Hause. Eine Begleitperson ist im Normalfall nicht erforderlich.

Bei zuckerkranken PatientInnen wird im Falle einer Kortisongabe nach der Behandlung eine häufigere Blutzuckerkontrolle durch den Hausarzt notwendig.

Risiken und Komplikationen:

Selten treten nach der Injektion Schmerzen auf. Bei jeder Injektion besteht die geringe Gefahr einer Blutung, einer bakteriellen Infektion oder einer Nervenlähmung.

Patientenetikette

Name, Geburtsdatum

Diagnostische und interventionelle Radiologie

Chefarzt Dr. med. Stephan A. Meier
T +41 44 397 23 11
F +41 44 397 26 84
radiologie@spitalzollikerberg.ch

Fragebogen und Einverständniserklärung Schmerztherapie – Infiltration:

Damit wir den Eingriff möglichst sicher für Sie planen können, bitten wir Sie folgende Fragen wahrheitsgemäss zu beantworten:

1. Leiden Sie an Allergien (z.B. Kontrastmittel/Heuschnupfen/Asthma)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2. Liegt bei Ihnen eine angeborene oder erworbene Gerinnungsstörung vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Aspirin, Marcumar®, Plavix®) ein? Falls ja, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung!	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4. Werden Sie wegen einer psychiatrischen Erkrankung (z.B. Depression, Schizophrenie) medikamentös behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5. Sind bei Ihnen Herzrhythmusstörungen bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6. Haben Sie aktuell einen grippalen Infekt oder Entzündungen im Körper?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7. Bei Frauen: könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wenn Sie Fragen mit „ja“ beantwortet haben, wird die*der Radiologe*in zusammen mit Ihnen festlegen, ob und unter welchen Sicherheitsmassnahmen die Untersuchung und Kontrastmittelgabe erfolgen kann. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns.

Einverständniserklärung:

Ich habe die umseitigen Informationen verstanden und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit dem mir vorgeschlagenen Eingriff einverstanden. Unklarheiten wurden mir durch den*die behandelnde*n Ärzt*in erklärt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Für die Radiologie:

- Identität Patient*in bestätigt
- Überweisung überprüft

Quick / INR: _____
Throm: _____

Visum MTRA _____