

Klinik / Praxis



Patientendaten:

am (Datum):

- Lumbale Sympathikusblockade**  
 **Intravenöse regionale Sympathikusblockade**

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

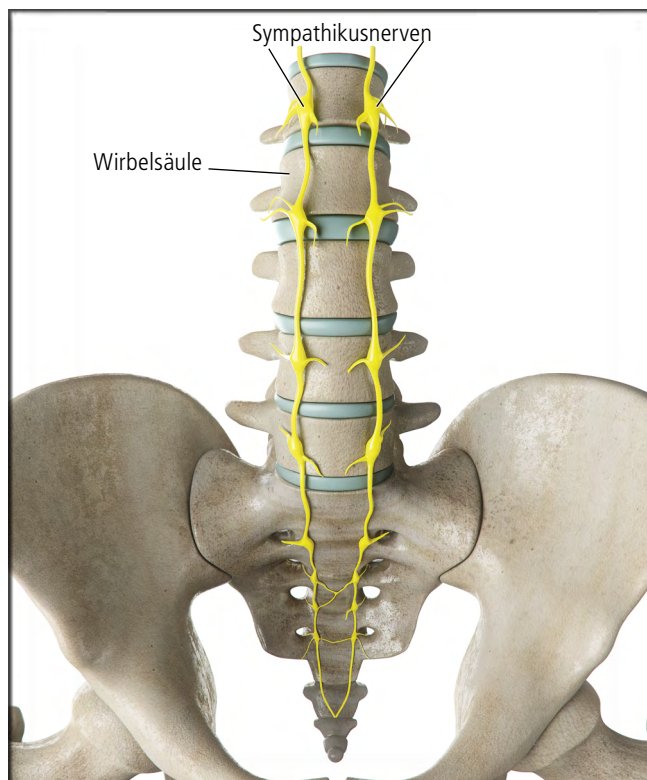
bei Ihnen soll zur Schmerzbehandlung eine Blockade der Sympathikusnerven durchgeführt werden.

Diese Informationen dienen zur Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile der geplanten Maßnahme gegenüber Alternativmethoden erläutern und Sie über Ihre Risiken aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in die vorgeschlagene Maßnahme erteilen. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

### GRÜNDE FÜR EINE SCHMERZBEHANDLUNG

Das vegetative Nervensystem ist der Teil des Nervensystems, welcher nicht bewusst gesteuert werden kann. Hierzu gehört das Nervengeflecht des Sympathikus, das entlang der Wirbelsäule verläuft.

Das vegetative Nervensystem ist an vielen Organ- und Stoffwechselfunktionen und an der Schmerzwahrnehmung beteiligt. Bei einigen starken oder chronischen Schmerzen, z. B. bei Gürtelrose, Durchblutungsstörungen, Morbus Sudeck, Muskel- bzw. Nervenschmerzen oder nach Amputation, kann durch eine Blockade des Sympathikusnervs eine Schmerzreduktion erreicht werden.



### ABLAUF DER BEHANDLUNG

#### **Lumbale Sympathikusblockade**

Für die Schmerzbehandlung tastet der Arzt zunächst Ihren Rücken genau ab und markiert die Injektionsstelle im Bereich der Lendenwirbelsäule. Dann führt er unter bildgebender Kontrolle durch Computertomographie oder Röntgen eine Hohlnadel in die Nähe des Sympathikusnervs ein und spritzt das Betäubungsmittel. Wichtig ist, dass Sie sich während der Injektion nicht bewegen. Während der Einspritzung kann es vorübergehend zu Schmerzen und zu Missempfindungen durch eine Reizung des Nervs kommen. Die Wirkung des Betäubungsmittels tritt nach etwa 15 Minuten ein und kann für mehrere Stunden anhalten.

Für eine länger andauernde Schmerzbehandlung kann in bestimmten Fällen auch ein dünner Kunststoffschlauch (sog. Katheter) über die Hohlnadel in die Nähe des Sympathikus gelegt werden. Über den Katheter ist es möglich, das Betäubungsmittel kontinuierlich zu verabreichen.

#### **Intravenöse regionale Sympathikusblockade**

Bei Schmerzzuständen in den Armen und/oder Beinen kann ein Medikament, ein sogenanntes Sympatholytikum, auch direkt in die zu behandelnde Region verabreicht werden. Hierfür wird am Bein/Arm durch das Anbringen von Blutdruckmanschetten eine Blutleere angelegt und dann das Medikament über eine Vene eingespritzt. Da dies schmerzhaft sein kann, erfolgt häufig zusätzlich eine örtliche Betäubung. Die Wirkung tritt nach etwa 20 Minuten ein und kann bis zu mehreren Tagen anhalten.

### ALTERNATIV-VERFAHREN

Starke oder chronische Schmerzen können ggf. auch mit Physiotherapie, der Gabe von Medikamenten oder Schmerzpflaster behandelt werden. Die Therapie richtet sich dabei nach Art und Ausmaß der Schmerzen.

Ihr Arzt bespricht mit Ihnen, warum er in Ihrem Fall eine Schmerzbehandlung mittels Sympathikusblockade empfiehlt.

## ERFOLGSAUSSICHTEN

Für eine effektive Schmerzlinderung ist es meist erforderlich, die Behandlung mehrmals zu wiederholen.

Der Therapieerfolg hängt maßgeblich von Ausmaß und Ursprung der Schmerzen ab. Die Schmerzbehandlung mittels Blockade des Sympathikusnerven stellt für den Patienten ein wenig belastendes Verfahren dar und ist zur längerfristigen Therapie geeignet. Eine komplette Schmerzfreiheit kann jedoch nicht garantiert werden.

In manchen Fällen können zusätzliche Behandlungsmaßnahmen wie Physiotherapie, Elektrostimulation oder einer kombinierte Schmerzbehandlung unter Einbeziehung psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen (Multimodale Schmerztherapie) notwendig sein.

Ihr Arzt bespricht mit Ihnen, mit welchem Therapieergebnis in Ihrem speziellen Fall zu rechnen ist.

## HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Arztes und des Pflegepersonal genauestens. Falls nichts anderes angeordnet, beachten Sie bitte die folgenden Verhaltenshinweise:

### Vorbereitung:

**Medikamenteneinnahme:** Teilen Sie Ihrem Arzt mit, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen oder spritzen (insbesondere blutgerinnungshemmende Mittel wie Aspirin® (ASS), Marcumar®, Heparin, Plavix®, Ticlopidin, Clopidogrel, Eliquis®, Lixiana®, Xarelto®, Pradaxa® und metforminhaltige Medikamente, sog. „Biguanide“, bei Diabetikern) oder unregelmäßig in den letzten 8 Tagen vor dem Eingriff eingenommen haben (z. B. Schmerzmittel wie Ibuprofen, Paracetamol). Dazu gehören auch alle rezeptfreien und pflanzlichen Medikamente. Ihr Arzt informiert Sie, ob und für welchen Zeitraum Sie Ihre Medikamente absetzen müssen.

**Essen, Trinken und Rauchen:** 6 bis 8 Stunden vor der Behandlung sollte nichts mehr gegessen und keine Getränke wie Säfte oder Alkohol getrunken und nicht geraucht werden. Klare Flüssigkeiten in geringen Mengen (z. B. 1-2 Tassen Wasser oder ungesüßter Tee) können bis zu 2 Stunden vor dem Eingriff erlaubt sein. Ihr Arzt wird Ihnen hierzu genaue Anweisungen erteilen.

**Bitte denken Sie daran,** Kontaktlinsen, Hörgerät oder andere abnehmbare Gegenstände wie Brille, Ketten, Ohringe zu entfernen. Bitte schminken Sie sich nicht und benutzen Sie keine Gesichtsschminken. Besprechen Sie mit Ihrem Arzt, ob lose Zahnteile (Zahnprothesen), Piercings, Haarteile oder Nagellack entfernt werden müssen.

### Nachsorge:

Nach der Behandlung kann die **Beweglichkeit der Beine eingeschränkt** sein und Sie dürfen während dieser Zeit nicht alleine aufstehen.

Bezüglich weiterer Verhaltensmaßnahmen, wie z. B. Einnahme von **Medikamenten** sowie **körperlichen Aktivitäten**, halten Sie sich unbedingt an die Anweisungen Ihres Arztes.

Im Falle eines **ambulantem Eingriffs** müssen Sie von einer erwachsenen Person abgeholt werden und dürfen, falls nichts anderes angeordnet, für **24 Stunden nach der Behandlung** nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen (auch nicht als Fußgänger), keine gefährlichen Tätigkeiten ausüben und sollten keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Im Falle einer kontinuierlichen Schmerzmittelzufuhr mittels Schmerzkatheter kann Ihre **Straßenverkehrstauglichkeit** auch **dauerhaft eingeschränkt** sein. Bitte fragen Sie Ihren Arzt, ob Sie ein Kraftfahrzeug steuern dürfen.

Informieren Sie Ihren Arzt, falls nach dem Eingriff **Probleme beim Atmen, starke Rücken- oder Kopfschmerzen, Kreislauf-**

**störungen, Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Nackensteife, Krämpfe, Missempfindungen, Lähmungserscheinungen bzw. Bewegungseinschränkungen oder Blutungen bzw. Rötungen an der Einstichstelle auftreten.** Die Beschwerden können auch noch Tage nach dem Eingriff auftreten und erfordern eine sofortige Abklärung.

## RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Es ist allgemein bekannt, dass **jeder medizinische Eingriff Risiken birgt**. Kommt es zu Komplikationen, können diese zusätzliche Behandlungsmaßnahmen oder Operationen erfordern und im Extremfall auch im weiteren Verlauf einmal **lebensbedrohlich** sein. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Sie aus rechtlichen Gründen über alle bekannten eingriffsspezifischen Risiken informieren müssen, auch wenn diese nur in Ausnahmefällen eintreten. Ihr Arzt wird im Gespräch auf Ihre individuellen Risiken näher eingehen. Sie können aber auch auf eine ausführliche Aufklärung verzichten. Überspringen Sie dann diesen Risiko-Abschnitt und bestätigen Sie dies bitte am Ende der Aufklärung.

**Blutergüsse** (Hämatome) an der Einstichstelle mit Verfärbung der Haut und **Nachblutungen** treten gelegentlich auf und können auch harte, schmerzhafte Schwellungen bilden. Meist verschwinden sie nach Tagen oder Wochen ohne Behandlung. In seltenen Fällen ist eine Operation notwendig.

Gelangt das Betäubungsmittel versehentlich in die Blutbahn, kann es zu **Krampfanfällen, Herz-/Kreislaufstörungen** bis hin zur **Bewusstlosigkeit** und **Atemversagen** kommen. Eine sofortige intensivmedizinische Behandlung zur Verhinderung von bleibenden Gehirnschäden ist dann notwendig.

**Schädigungen von Haut, Weichteilen bzw. Nerven**, z. B. durch die Punktion, das Legen und Entfernen eines Katheters, Blutergüsse, Spritzenabszess, Desinfektionsmittel, die Blutsperrung oder die Lagerung, sind möglich. Dadurch kann es zu vorübergehenden, sehr selten zu dauerhaften Schmerzen, Überempfindlichkeit, Taubheitsgefühl, Bewegungsstörungen in den Gliedmaßen bis hin zur Lähmung (Extremfall **Querschnittslähmung**) oder Absterben von Gewebe und Narben kommen.

Ein drastischer **Blutdruck- und Pulsabfall, verlangsamer Herzschlag** und **Atemnot** mit Übelkeit und Schwindel sind meist vorübergehend und müssen ggf. mit Medikamenten behandelt werden.

Vorübergehende **Muskelschwäche, Schmerzen in der Leistenengegend** oder **Durchfälle** können auftreten.

**Infektionen**, z. B. an der Einführungsstelle der Injektionsnadel oder des Katheters, sind selten. In den meisten Fällen sind solche Infektionen mit Antibiotika gut behandelbar. Infektionen am Katheter erfordern häufig dessen Entfernung. Im Extremfall kann es zur Verschleppung der Keime in die Blutbahn (Bakteriämie) und zu einer lebensgefährlichen Blutvergiftung (**Sepsis**) bis hin zur Entzündung der Herzinnenhaut (Endokarditis) kommen.

Bei **Verrutschen, Verstopfen bzw. Abknicken des Katheters** muss dieser ggf. entfernt und neu gelegt werden.

**Verletzungen** des Darms oder anderer Organe (z. B. Niere, Harnleiter) durch die Einspritzung sind sehr selten. Dann wird u. U. eine Operation notwendig.

**Allergische Reaktionen**, z. B. auf Medikamente, Desinfektionsmittel oder Latex, können zu Hautausschlag, Juckreiz, Schwellungen, Übelkeit und Husten führen. Schwerwiegende Reaktionen wie z. B. Atemnot, Krämpfe, Herzrasen oder **lebensbedrohliches Kreislaufversagen** sind selten. Dann können u. U. bleibende Organschäden wie Gehirnschäden, Läh-

mungen oder dialysepflichtiges Nierenversagen eintreten. Eine **Unverträglichkeit auf das eingebrachte Kathetersystem** erfordert ggf. dessen Entfernung.

Bei hohen Blutverlusten kann eine Übertragung von Fremdblut-/bestandteilen (**Transfusion**) notwendig werden. Dadurch kann es sehr selten zu Infektionen z. B. mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung), äußerst selten mit HIV (AIDS), BSE-Erregern (Hirnerkrankung) oder anderen gefährlichen – auch unbekanntem – Erregern kommen. Auch ein Lungenödem mit Lungenversagen,

eine Verschlechterung der Nierenfunktion oder andere gefährliche Immunreaktionen können ausgelöst werden.

Es können sich **Blutgerinnsel (Thromben)** bilden und einen Gefäßverschluss verursachen. Die Gerinnsel können auch verschleppt werden und die Blutgefäße anderer Organe verschließen (**Embolie**). Dadurch kann es z. B. zu **Schlaganfall, dialysepflichtigem Nierenversagen** oder **Lungenembolie** mit bleibenden Schäden kommen. Werden zur Vorbeugung blutgerinnungshemmende Mittel verabreicht, vergrößert sich das Blutungs- bzw. Nachblutungsrisiko.

## Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese)

Bitte beantworten Sie vor dem Aufklärungsgespräch die folgenden Fragen gewissenhaft und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Anhand Ihrer Informationen kann der Arzt das Eingriffsrisiko in Ihrem speziellen Fall besser abschätzen und wird ggf. Maßnahmen ergreifen, um Komplikationen und Nebenwirkungen vorzubeugen.

**Wurden Sie in der letzten Zeit ärztlich behandelt?**  ja  nein

Wenn ja, weswegen? \_\_\_\_\_

**Wurden Sie bereits früher operiert?**  ja  nein

Wenn ja, weswegen und wann? \_\_\_\_\_

Ergaben sich damals bei der Anästhesie oder Schmerzbehandlung Komplikationen?  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Kam es bei Blutsverwandten (Eltern, Geschwister) zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit einer Anästhesie?  ja  nein

**Sind Sie schwanger?**  nicht sicher  ja  nein

**Stillen Sie?**  ja  nein

### Angaben zur Medikamenteneinnahme:

Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt?  ja  nein

Aspirin® (ASS),  Brilique®,  Clopidogrel,  Efient®,  Eliquis®,  Heparin,  Iscover®,  Marcumar®,  Plavix®,  Pradaxa®,  Ticlopidin,  Xarelto®.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Einnahme? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie andere Medikamente ein?**  ja  nein

Wenn ja, bitte auflisten: \_\_\_\_\_

(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

**Rauchen Sie?**  ja  nein

Wenn ja, was und wie viel täglich: \_\_\_\_\_

**Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:**

**Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung?**  ja  nein

Erhöhte Blutungsneigung (z. B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung),  Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken, auch ohne besonderen Anlass).

Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen?  ja  nein

**Allergie/Überempfindlichkeit?**  ja  nein

Medikamente,  Lebensmittel,  Kontrastmittel,  Jod,  Pflaster,  Latex (z. B. Gummihandschuhe, Luftballon)  Pollen (Gräser, Bäume),  Betäubungsmittel,  Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Erkrankungen?**  ja  nein

Herzinfarkt,  Angina pectoris (Schmerzen im Brustkorb, Brustenge),  Herzfehler,  Herzrhythmusstörungen,  Herzmuskelentzündung,  Herzklappenerkrankung,  Luftnot beim Treppensteigen,  Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator),  hoher Blutdruck,  niedriger Blutdruck,  Schlaganfall,  Krampfadern,  Venenentzündung,  Thrombose,  Embolie.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel-Erkrankungen?**  ja  nein

Diabetes (Zuckerkrankheit),  Fruchtzuckerunverträglichkeit,  Gicht.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems (auch bei Blutsverwandten)?**  ja  nein

angeborene oder erworbene Veränderungen des Brustkorbs,  Gelenkerkrankungen (ggf. künstliches Gelenk),  Schulter-Arm-Syndrom,  Wirbelsäulenschmerzen,  Muskelschwäche (z. B. Myasthenia gravis),  Neigung zur überhöhten Körpertemperatur.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Erkrankung des Nervensystems?**  ja  nein

Gehirnerkrankungen oder -verletzungen,  Lähmungen,  Krampfanfälle (Epilepsie).

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten?**  ja  nein

Hepatitis,  Tuberkulose,  HIV.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?**  ja  nein

Bitte kurz beschreiben: \_\_\_\_\_

## Wichtige Fragen für ambulante Eingriffe

Wer wird Sie abholen, sobald Sie entlassen werden?

Name und Alter des Abholers

Wo sind Sie in den 24 Stunden nach dem Eingriff erreichbar?

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Name und Alter der Aufsichtsperson

Wer ist Ihr überweisender Arzt/Hausarzt/weiter betreuender Arzt?

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

### Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch

Wird vom Arzt ausgefüllt

Über folgende Themen (z. B. mögliche Komplikationen, die sich aus den spezifischen Risiken beim Patienten ergeben können, nähere Informationen zu den Alternativ-Methoden, mögliche Konsequenzen, wenn der Eingriff verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten im Gespräch näher aufgeklärt:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

### Geplanter Eingriff:

- Lumbale Sympathikusblockade  
 Intravenöse regionale Sympathikusblockade

### Anweisung zum Nüchternheitsgebot:

- keine feste Nahrung ab \_\_\_\_\_ Uhr am Vortag des Eingriffs  
 keine Nahrung, Getränke, Alkohol ab \_\_\_\_\_ Uhr am Tag des Eingriffs  
 keine klare Flüssigkeit ab \_\_\_\_\_ Uhr am Tag des Eingriffs

### Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:

- Die Patientin/Der Patient besitzt die Fähigkeit, eine **eigenständige Entscheidung** über die empfohlene Behandlung zu treffen und ihre/seine Einwilligung in das Verfahren zu erteilen.  
 Die Patientin/Der Patient wird von einem **Betreuer** mit einem die Gesundheits Sorge umfassenden Betreuerausweis oder einer Vertrauensperson mit einer Vorsorgevollmacht vertreten. Dieser ist in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

- Betreuerausweis       Vorsorgevollmacht  
 Patientenverfügung      liegt vor.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

### Ablehnung der Patientin/des Patienten

Die Ärztin/der Arzt \_\_\_\_\_ hat mich umfassend über den bevorstehenden Eingriff und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die diesbezügliche Aufklärung verstanden und lehne die vorgeschlagene Schmerzbehandlung ab.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer / ggf. des Zeugen

### Erklärung und Einwilligung Patientin/Patient

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an und bestätigen Sie Ihre Erklärung anschließend mit Ihrer Unterschrift:

- Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe.** Diesen Aufklärungsbogen (4 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt \_\_\_\_\_ wurde ich über den Ablauf der geplanten Schmerzbehandlung, deren Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall und über die Vor- und Nachteile der Alternativmethoden umfassend informiert.  
 **Ich verzichte bewusst auf eine ausführliche Aufklärung.** Ich bestätige hiermit allerdings, dass ich von der Ärztin/dem Arzt \_\_\_\_\_ über die Erforderlichkeit der Schmerzbehandlung, deren Art und Umfang sowie über den Umstand, dass die Behandlung Risiken birgt, informiert wurde.

**Ich versichere**, dass ich **keine weiteren Fragen** habe und **keine zusätzliche Bedenkzeit** benötige. **Ich stimme der vorgeschlagenen Schmerzbehandlung zu.** Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet. Ich versichere, dass ich in der Lage bin, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen.

Im Falle einer Wahlleistungsvereinbarung (sog. Chefarztbehandlung) erstreckt sich die Einwilligung auch auf die Durchführung der Maßnahmen durch die in der Wahlleistungsvereinbarung benannten ständigen ärztlichen Vertreter des Wahlarztes.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

E-Mail-Adresse

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer

Kopie:  erhalten

verzichtet

Unterschrift Kopieerhalt/-verzichtet