

Patientenaufklärung zur analgetischen Bestrahlung (Röntgenschmerzbestrahlung) einer degenerativen Erkrankung

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben eine entzündliche Erkrankung, die Ihnen Schmerzen verursacht oder Sie haben eine Bindegewebserkrankung, welche langsam fortschreitet. Beide Erkrankungen schränken Sie schon heute in Ihrer täglichen Mobilität ein oder könnten dies unbehandelt in Zukunft tun. Ihr behandelnder Arzt hat eine Strahlenbehandlung empfohlen. In einem persönlichen ärztlichen Gespräch mit einem Facharzt für Strahlentherapie wird die Indikation für eine Schmerzbehandlung überprüft und entsprechend eingeleitet oder wenn nötig auch andere Behandlungsmaßnahmen empfohlen.

Wir klären Sie in den folgenden Absätzen über eine Strahlenbehandlung auf. Falls Sie den Aufklärungsbogen auf unserer Webseite gefunden haben, lesen Sie diesen sorgfältig durch und bringen das ausgefüllte Formular mit. Das kann die Aufklärungszeit bei Ihrem Arzt deutlich verringern. Ihre Fragen können dann zügig und gezielt beantwortet werden.

Grundsätzliches zur Schmerzbehandlung

Im Allgemeinen wird die Therapie bei degenerativen schmerzhaften Gelenkerkrankungen eingesetzt. Diese Form der Therapie ist eine erfolgreiche, risikoarme und kostengünstige Möglichkeit Ihre Schmerzen zu behandeln.

Mögliche Diagnosen für den Einsatz einer Strahlentherapie

Im Folgenden sind einige Diagnosen und die in der Regel notwendige Anzahl an Bestrahlungssitzungen aufgelistet. Falls bekannt, kreuzen Sie bitte Ihre Diagnose im entsprechenden Feld an. Meist steht die Diagnose auf Ihrem Überweisungsschein.

Andere Diagnosen

- | | | |
|--------------------------|------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ Sitzungen, _____ x/Woche |
| <input type="checkbox"/> | Schulter Syndrom | 4 - 6 Sitzungen in 2 - 3 Wochen |
| <input type="checkbox"/> | Bursitis trochanterica | 4 - 6 Sitzungen in 2 - 3 Wochen |
| <input type="checkbox"/> | Fasciitis plantaris | 4 - 6 Sitzungen in 2 - 3 Wochen |
| <input type="checkbox"/> | Ellenbogensyndrom | 4 - 6 Sitzungen in 2 - 3 Wochen |
| <input type="checkbox"/> | Gonarthrose | 4 - 6 Sitzungen in 2 - 3 Wochen |
| <input type="checkbox"/> | Coxarthrose | 4 - 6 Sitzungen in 2 - 3 Wochen |
| <input type="checkbox"/> | Lymphfistel | 7 Sitzungen in 1 - 2 Wochen |

Arthrose kann das Ergebnis von langandauernden Entzündungen sein. Die Bestrahlung in niedrigen Strahlendosen hat eine antientzündliche Wirkung, die auf einer sehr komplexen Wirkungsweise auf der zellulären Ebene basiert. Sehr vereinfacht gesagt, führt die Therapie zur Mobilisierung von weißen Blutkörperchen und weiteren Zellen aus dem Blut, die gegen eine Entzündung arbeiten. Diese Zellen werden durch die niedrigen Strahlendosen aktiviert, um der Entzündung durch Abgabe von Enzymen, Sauerstoffmetaboliten u.a. entgegenzuwirken.

Die Neigung zur Wasseransammlung (Ödem) wird herabgesetzt, im entzündeten Gewebe kommt es zu einer positiven Änderung des Säuregehaltes. All diese komplexen und noch weitere, derzeit nicht ausreichend erforschte Wirkmechanismen führen zu einer dauerhaften Schmerzlinderung.

Durchführung der Strahlentherapie

Sie erhalten eine analgetische (schmerzlindernde) Bestrahlung mit Röntgenstrahlen in niedrigen Strahlendosen und -energien, um Ihre Schmerzen zu lindern bzw. zu beseitigen. Die Bestrahlung wird mit einem hochmodernen Gerät durchgeführt, wobei Sicherheit und höchste Präzision im Vordergrund stehen. Die Bestrahlung wird als eine Serienbehandlung, bestehend aus mehreren Sitzungen, durchgeführt. Abhängig von der Diagnose kann die Anzahl der Sitzungen in einer Serie variieren.

Wirkungsweise der Strahlentherapie

Ionisierende Strahlung in adäquater Dosis führt zu einer Homöostase (Gleichgewicht) physiologischer Reparaturmechanismen und Entzündungsprozesse im Bindegewebe. Dies wird u.a. durch folgende Mechanismen erreicht:

1. Antiproliferative Wirkung durch Verzögerung, bzw. Hemmung der Zellteilung
2. Antiinflammatorische Wirkung über die Regulation der Zelldifferenzierung, Zellmembranstabilisierung und über die Regulation der Lymphozyten-Apoptosis
3. Abdichtung der Kapillaren durch Modulation der ICAM-3 Produktion der Leukozyten und Regulation der Produktion der Oligonukleotide (NF- κ B).

Mögliche Folgen der Therapie, Nebenwirkungen, empfohlene Verhaltensmaßnahmen

Die Behandlung wird ambulant durchgeführt. Ihre Verkehrstüchtigkeit ist durch die alleinige Strahlentherapie nicht beeinträchtigt. Sie können während und nach der Therapie Ihrem Alltag wie gewohnt nachgehen. Falls Sie Beruhigungs- oder Schmerzmittel einnehmen, die Ihre Verkehrstüchtigkeit einschränken, dürfen Sie nicht am Straßenverkehr teilnehmen, insbesondere kein Fahrzeug führen, keine schwierigen Maschinen bedienen.

Bei gewissen Sportarten empfehlen wir eine Schonung während der Bestrahlung und einige Wochen danach, um mögliche Fehlbelastungen zu vermeiden. Sprechen Sie dies während des persönlichen Arztgespräches an.

Meiden Sie zusätzliche Reizungen durch starke Hitze oder Kälte (Sonnenstrahlen, Eispackungen, Solarium). Führen Sie die Hautpflege weiterhin wie gewohnt durch. Eine besondere Pflege ist bei den angewandten niedrigen Strahlendosen nicht notwendig.

Äußerst selten ist eine geringe Fibrosierung, eine erhöhte Pigmentierung oder Depigmentierung der Haut als Nebenwirkung zu erwähnen. Extrem selten ist eine lokalisierte Hautnekrose.

Das Risiko der Entstehung einer Tumorerkrankung durch eine niedrig- bis mittel-dosierte Strahlenbehandlung erläutern wir Ihnen gerne näher. In Zahlen zusammengefasst, hat jedes Individuum ein Lebenszeit-Krebsrisiko von etwa 25 %. Durch die Bestrahlung nimmt dieses Risiko rechnerisch auf 25,1 % zu.

Bei einer möglichen oder nachgewiesenen Schwangerschaft wird eine Bestrahlungsbehandlung nicht durchgeführt. Bei einer laufenden Behandlung muss eine sichere Verhütung erfolgen. Der Verdacht einer neuen Schwangerschaft während der Behandlung ist dem Arzt umgehend zu melden. In jedem Fall muss ein bestehender Kinderwunsch vorher mit dem Arzt besprochen werden. Bei der Bestrahlung in der Nähe der Keimdrüsen ist eine minimale Strahlenbelastung der Keimdrüsen möglich.

Falls Sie einen Herzschrittmacher tragen, bitten wir Sie, uns darüber zu informieren. Ihr Arzt wird gegebenenfalls weitere Vorgehensweisen einleiten.

Erfolgsaussichten

Die statistisch bekannte Erfolgsquote, dass Ihre Schmerzen deutlich geringer werden oder gar verschwinden, beträgt etwa 70 - 80 %. Die erwünschte Wirkung tritt meist einige Wochen nach Beendigung der Bestrahlung ein. Selten kann am Anfang der Therapie eine Schmerzverstärkung eintreten. Das kann auf das frühe Einsetzen der bereits beschriebenen entzündungshemmenden Wirkungen im Gewebe deuten.

Falls die erste Serie nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt hat, wird normalerweise eine zweite Serie nach etwa 8 Wochen angeschlossen, die häufig zum Erfolg führt. Eine dritte Serie ist im Allgemeinen nicht mehr notwendig aber in einigen Fällen sinnvoll.

Ihr Arzt wird die Behandlungsergebnisse einige Wochen nach der Behandlung überprüfen. Nach etwa 8 Wochen nach Abschluss der Behandlung empfehlen wir ein Nachsorgegespräch mit dem behandelnden Arzt um den Behandlungserfolg der Therapie zu beurteilen. Hierbei werden die weiteren Vorgehensweisen besprochen.

Notizen

Aufklärung

Durch das persönliche Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt _____ fühle ich mich ausführlich informiert und aufgeklärt. Alternativen zur Behandlung wurden erläutert und individuelle Risiken besprochen.

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen.

Persönliche Betreuung mit Lichtbild

Wir möchten Sie gerne persönlich betreuen und es erleichtert uns die Arbeit, wenn wir ein aktuelles Lichtbild im Rahmen des Arztgesprächs von Ihnen erstellen. Dieses in der Strahlentherapie übliche Verfahren sorgt für zusätzliche Sicherheit in Ihrer Behandlung. Selbstverständlich unterliegt dieses Bild dem Patienten-, bzw. Arztgeheimnis.

Ja, ich bin einverstanden. Sie können ein Lichtbild von mir während des Arztgesprächs anfertigen.

Nein, ich möchte nicht, dass ein Lichtbild angefertigt wird.

Für Frauen: Schwangerschaft

Röntgenstrahlen können beim ungeborenen Kind zu Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen führen. Zudem besteht für das Kind ein erhöhtes Risiko an Krebs oder Leukämie zu erkranken. Beantworten Sie bitte die Frage nach einer Schwangerschaft besonders sorgfältig.

Ich versichere nicht schwanger zu sein.

Ich bin schwanger oder kann eine Schwangerschaft nicht sicher ausschließen.

Daten

Um uns Ärzte von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für unsere Patienten zu haben, haben wir dem Dienstleister CAPITAL HEALTH Hospital Group Teile des Praxismanagements und IT-Dienstleistungen übertragen. Ohne Ihre Daten und Befunde können die Bestrahlungsgeräte, die computer-gesteuert sind, nicht auf die für Ihre Behandlung notwendigen Einstellungen programmiert werden. Eine Bestrahlungsbehandlung ist dann schon rein technisch nicht möglich. Alle Mitarbeiter dieses Unternehmens wurden gesondert zur Verschwiegenheit verpflichtet und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes mit gleicher gesetzlicher Bindungswirkung wie wir selbst. Ich bin einverstanden, dass Daten und Befunde, die für meine Behandlung notwendig sind, nach den gesetzlichen Vorgaben abgerufen werden können und meine medizinischen und persönlichen Daten elektronisch für Auswertungen, wie z.B. die Abrechnung gegenüber den Kostenträgern, gespeichert und herangezogen werden können und Dritten, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, hierfür bekannt gemacht werden.

Ja, ich bin damit einverstanden.

Nein, ich bin damit nicht einverstanden. In diesem Fall verzichte ich auf eine Behandlung.

Einwilligung

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Ich willige in die geplante Behandlung ein.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten
/der/des Bevollmächtigten

Unterschrift des aufklärenden Arztes _____

Keine Einwilligung

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden und lehne die empfohlene Behandlung aus folgendem Grund ab:

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten
/der/des Bevollmächtigten

Durch den Arzt auszufüllen

Eine Kopie dieser Aufklärung wurde dem Patienten auf Verlangen nach dem Gespräch ausgehändigt.

**Ärztliche Dokumentation gemäß Patientenrechtegesetz (PRG) und Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V).
Patient hat**

- Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung Ja Nein

- Patient kann selbständig entscheiden Ja Nein

- Patient wird mit Vormund vertreten Ja Nein

Name, Vorname, Alter: _____

- Heimtransport erfolgt mit Taxi Privat-Pkw ÖPNV Krankenwagen zu Fuß

- Der Patient lehnt eine Behandlung aus folgenden Gründen ab:

Zentrum für Radio-Strahlentherapie

Karl-Marx-Allee 90 A • 10243 Berlin

Tel. 030 / 224 880 04

Fax 030 / 224 880 05

info@radio-strahlentherapie.de

www.radio-strahlentherapie.de