

INTERVENTIONELLE SCHMERZTHERAPIE

Dokument zur informierten Einwilligung

Formular-Nr.: AOF-008		Rev.-Nr. / Datum: 2026 v09 / 10.07.2026	
PATIENTEN-PROTOKOLL-NR.		DATUM	
TÜRKISCHE ID- / PASSNUMMER		GEBURTSDATUM	
VOR- UND NACHNAME DES PATIENTEN		GESCHLECHT	
DIAGNOSE			

Einwilligungserklärung nach Aufklärung

Formular-Nr.: AOF-008	Rev.-Nr. / Datum: 2026 v09 / 10.07.2026
-----------------------	---

1. Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Es ist Ihr natürlichstes Recht, über Ihren Gesundheitszustand sowie über alle Ihnen zur Behandlung Ihrer Erkrankung vorgeschlagenen medizinischen / chirurgischen Behandlungen und diagnostischen Maßnahmen informiert zu werden. Nachdem Sie den Nutzen und die möglichen Risiken der medizinischen Behandlungen und chirurgischen Eingriffe erfahren haben, liegt es wiederum an Ihrer eigenen Entscheidung, in den vorzunehmenden Eingriff einzuwilligen oder nicht einzuwilligen. Der Zweck dieser Erläuterung besteht nicht darin, Sie zu ängstigen oder zu beunruhigen, sondern darin, Sie bewusster an den Entscheidungen zu beteiligen, die Ihre Gesundheit betreffen. Auf Ihren Wunsch hin können alle Informationen und Unterlagen zu Ihrer Gesundheit Ihnen oder einem von Ihnen als geeignet erachteten Angehörigen ausgehändigt werden. Obwohl dieses Formular so gestaltet wurde, dass es den Bedürfnissen der meisten Patienten unter den meisten Umständen gerecht wird, darf es nicht als ein Dokument verstanden werden, das die Risiken sämtlicher Behandlungsformen enthält. Abhängig von Ihrem persönlichen Gesundheitszustand kann Ihr Arzt Ihnen abweichende oder zusätzliche Informationen geben. Nachdem Sie den Nutzen und die möglichen Risiken der Diagnostik, der medizinischen Behandlung und der chirurgischen Eingriffe erfahren haben, liegt es an Ihrer eigenen Entscheidung, die vorzunehmenden Maßnahmen anzunehmen oder abzulehnen. Außer in Fällen rechtlicher oder medizinischer Notwendigkeit können Sie die Aufklärung ablehnen oder Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Dieses Formular wurde erstellt, um Sie über die Risiken der Operation und über alternative Behandlungsmethoden zu informieren. Bitte lesen Sie dieses Formular vollständig und aufmerksam durch und unterschreiben Sie diese Einwilligungserklärung erst, nachdem Sie das Formular gelesen haben und alle Ihre Zweifel bezüglich des betreffenden Eingriffs durch Ihren Arzt ausgeräumt wurden.

2. Allgemeine Informationen über die Erkrankung und die Behandlung

Facettengelenksinjektion: Dies ist das Verfahren, bei dem zur Beseitigung / Linderung von Schmerzen, die von den Facettengelenken — den Gelenken, die die Wirbel an der Rückseite der Wirbelsäule

miteinander verbinden — ausgehen, ein Depot-Steroid und ein Lokalanästhetikum in diese Gelenke und in deren Umgebung injiziert werden. Der Eingriff wird unter sterilen Bedingungen durchgeführt, wobei die Facettengelenke mittels C-Bogen-Durchleuchtung oder Ultraschall dargestellt werden. Wenn Ihr Arzt es für erforderlich hält, kann er zusammen mit einer epiduralen Steroidinjektion angewendet werden. Die epidurale Steroidinjektion ist ein nicht-chirurgisches interventionelles Schmerztherapieverfahren, das eingesetzt wird, um Schmerzen zu beseitigen, die in den Regionen von Hals, Arm, Lendenbereich und Bein infolge der Einklemmung und Reizung von Nerven entstehen. Sie wird eingesetzt, um den Schmerz bei Zuständen wie Bandscheibenvorfällen (Lenden-/Halsbandscheibenvorfall), Bandscheibenverschiebung (Wirbelgleiten) und engem Spinalkanal unter Kontrolle zu bringen. Mit der epiduralen Injektion wird über den Epiduralraum um den geschädigten Spinalnerv herum ein Medikamentengemisch verabreicht, das ein langwirksames Depot-Steroid sowie — zur frühen Linderung und zur Verhinderung der nachfolgenden Reflexaktivität — ein Lokalanästhetikum enthält. Obwohl die Wirkung der epiduralen Steroidanwendung von Patient zu Patient unterschiedlich ist, besteht das Ziel der Injektion darin, durch Linderung oder Beseitigung des Schmerzes die Rückkehr des Patienten in sein normales Leben und, falls erforderlich, seine problemlose Teilnahme an einem Physiotherapie- und Übungsprogramm zu ermöglichen. Was ist eine epidurale Steroidinjektion? Die Injektion enthält ein langwirksames Depot-Steroid und ein Lokalanästhetikum. Über den Epiduralraum erreicht das Medikament den eingeklemmten oder betroffenen Spinalnerv und beseitigt den Schmerz, indem es die Entzündung und das Ödem in diesem Bereich verringert und dadurch den Druck und die Reizung auf den Nerv aufhebt. Der Eingriff wird unter sterilen Bedingungen in örtlicher Betäubung durchgeführt

Anwendungstechniken: 1) Interlaminäre Technik: Durch die Mitte der Wirbelsäule eingehend wird das Medikament in den Epiduralraum verabreicht; das Medikament verteilt sich frei um die Nerven herum. 2) Transforaminale Technik: Das Medikament wird um den betroffenen Nerv herum verabreicht, indem mit einer Nadel durch die Öffnung (Foramen) eingegangen wird, durch die der problematische Spinalnerv aus der Wirbelsäule austritt; es handelt sich um einen auf den zu behandelnden Nerv gerichteten Eingriff, der unter kontinuierlicher radiologischer Bildgebung mit C-Bogen-Durchleuchtungskontrolle durchgeführt wird.

Was vor dem Eingriff zu tun ist: Wenn Sie eine Grippe, eine Nasennebenhöhlenentzündung oder eine ähnliche Infektion haben, die am Tag des Eingriffs oder früher begonnen hat, oder wenn Sie hohes Fieber auch ungeklärter Ursache haben, teilen Sie dies Ihrem Arzt unbedingt vor dem Eingriff mit. Blutverdünnende Medikamente wie Aspirin, Coraspin sowie ginkgo-biloba-haltige Medikamente müssen 10 Tage zuvor abgesetzt werden. Auch in besonderen Situationen verwendete gerinnungshemmende Medikamente (Coumadin, Plavix usw.) müssen mindestens 1 Woche zuvor abgesetzt werden, nachdem Sie den Arzt, der Ihnen diese Medikamente verordnet hat, konsultiert und dessen Zustimmung eingeholt haben. Wenn Sie Herz-, Diabetes- oder Blutdruckmedikamente haben, die Sie dauerhaft einnehmen müssen, besprechen Sie mit Ihrem Arzt und fragen Sie, wie Sie die Medikamente einnehmen sollen. Bringen Sie am Tag des Eingriffs Ihre aktuellsten Bildgebungsuntersuchungen (MRT – EMG – Tomographie) mit. Kommen Sie unbedingt mit einer Begleitperson, die Sie begleiten kann; kommen Sie nicht allein.

Bei wem der Eingriff nicht durchgeführt wird: Der Eingriff wird nicht bei Patienten durchgeführt, die während des Eingriffszeitraums eine aktive Infektion haben; die schwanger sind oder schwanger sein könnten; die eine Blutungs-/Gerinnungsstörung haben; die eine Infektion im Bereich des Eingriffs haben; und die der Durchführung des Eingriffs nicht zustimmen.

3. Etwaige Alternativen zur Operation

Als Alternativen zur Operation habe ich die folgenden Möglichkeiten erwogen: • Unter Inkaufnahme aller Risiken die empfohlene Behandlung bzw. Injektion nicht durchführen zu lassen. • Zu versuchen, den Schmerz oder den Muskelkrampf durch medikamentöse Behandlung zu beseitigen. • Zu versuchen, die Beschwerden durch physiotherapeutische Methoden zu beseitigen. • Zu versuchen, die Beschwerden

durch algologische (schmerzmedizinische) Behandlungsmethoden zu beseitigen. • Weitere mögliche Behandlungsoptionen... Ich habe auch die anderen Behandlungsmethoden erwogen, die mir von meinem Arzt erläutert wurden. Auch die Vor- und Nachteile dieser alternativen Methoden wurden mir von meinem Arzt erläutert.

4. Erwarteter Nutzen der Operation

Nach dem Eingriff wird eine Verringerung der Schmerzen des Patienten erwartet.

5. Voraussichtliche Dauer der Operation

Die Dauer des vorzunehmenden Eingriffs kann sich je nach Erkrankung und Zustand des Patienten ändern und beträgt durchschnittlich - Stunden. Ferner sind die von den Anästhesieärzten vor und nach der Operation durchzuführenden Maßnahmen in dieser Dauer nicht enthalten. Der Eingriff kann je nach Lage des Falles länger dauern als die angegebene Zeit. Ihr Arzt wird Ihnen nach Abschluss des Eingriffs ausführliche Informationen geben.

6. Risiken und Komplikationen der Operation

Der vorzunehmende chirurgische Eingriff birgt neben seinem Nutzen auch mögliche Risiken. Bei Patienten mit Zuckerkrankheit kann für 1-2 Wochen eine Störung der Blutzuckereinstellung beobachtet werden; selten kann ein zusätzlicher Medikamentenbedarf erforderlich sein.

Unter den Patienten, bei denen eine epidurale Steroidinjektion durchgeführt wird, besteht laut Literatur die Möglichkeit einer Infektion mit einer Häufigkeit von einem Fall auf 40-60 Tausend Patienten; indem der Eingriff jedoch im Operationssaal unter absolut sterilen Bedingungen durchgeführt wird und durch die getroffenen zusätzlichen Vorsichtsmaßnahmen wird diese Wahrscheinlichkeit auf das niedrigste Niveau gesenkt.

Sehr selten können vorübergehende Kopfschmerzen auftreten. Auch eine Nervenschädigung ist ein sehr selten auftretender Zustand.

Aufgrund des verwendeten Steroids kann es zu Flüssigkeitseinlagerungen im Körper kommen. Dem kann in der ersten Woche durch eine möglichst salzfreie Ernährung vorgebeugt werden.

Obwohl es sich bei alledem um Informationen handelt, die in medizinischen Lehrbüchern und in der Literatur enthalten sind, werden für die Sicherheit des Eingriffs alle erforderlichen Vorsichtsmaßnahmen getroffen und alle genannten Risiken auf ein Minimum reduziert. Obwohl die Risiken und Komplikationen dieses Eingriffs gering sind, können besondere Komplikationen im Zusammenhang mit der Platzierung der Nadel und der Injektion auftreten. Ich habe alle oben genannten Risiken, die während und nach dem an mir vorzunehmenden chirurgischen Eingriff auftreten können, verstanden und akzeptiere sie.

7. Folgen bei Nichtdurchführung der Operation

Die bestehenden Beschwerden und der klinische Zustand des Patienten bessern sich möglicherweise nicht; eine Verschlechterung ist möglich.

8. Wichtige Eigenschaften der zu verwendenden Medikamente

Falls bei Ihnen eine bereits bekannte Medikamentenallergie besteht, müssen Sie Ihren Arzt und Ihr Pflegepersonal unbedingt darüber informieren. Ich habe meinen Arzt über alle mir bekannten Allergien informiert. Außerdem habe ich meinen Arzt über die von mir verwendeten verschreibungspflichtigen Medikamente, rezeptfrei erhältlichen Medikamente, pflanzlichen Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel, illegalen Drogen, Alkohol sowie Schlaf-/Betäubungsmittel informiert. Die Auswirkungen der Einnahme dieser Substanzen vor und nach dem Eingriff wurden mir von meinem Arzt erläutert, und es wurden mir Empfehlungen gegeben. Während meines Krankenhausaufenthalts habe ich Informationen über die wichtigen Eigenschaften der für Diagnose und Behandlung zu verwendenden

Medikamente erhalten (wofür sie verwendet werden, ihr Nutzen, ihre Nebenwirkungen, wie sie anzuwenden sind).

9. Für die Gesundheit des Patienten kritische Lebensstil-Empfehlungen

Tabak und Tabakerzeugnisse: Mir wurde erläutert, dass das Rauchen von Tabak und Tabakerzeugnissen (Zigarette, Wasserpfeife, Zigarre, Pfeife usw.) vor oder nach meiner Operation zu einer Verlängerung meines Heilungsprozesses führen kann. Bei rauchenden Patienten sind die Anästhesierisiken höher; Todesfälle infolge der Anästhesie treten häufiger auf. Wenn Sie rauchen, sollten Sie wissen, dass der Erfolg Ihrer Behandlung/Operation unter dem allgemeinen durchschnittlichen Erfolg liegen wird.

Befolgen Sie die Empfehlungen Ihres Arztes (Bewegung, Ernährungsprogramm usw.) und versäumen Sie, falls vorgesehen, nicht Ihre ambulante Kontrolluntersuchung zu dem von Ihnen verlangten Termin.

Ich habe Informationen darüber erhalten, was ich nach meiner Behandlung/Operation hinsichtlich meiner Lebensweise zu tun habe (Diät, Baden, Medikamenteneinnahme, Bewegungsstatus und/oder Einschränkungen).

10. Patientenspezifischer Abschnitt

*Die den Patienten betreffenden persönlichen Besonderheiten werden am Ende des Formulars unter **Abschnitt 14 — Unterschriften** erfasst.*

11. Wie bei Bedarf medizinische Hilfe zum selben Thema erreicht werden kann

Die Ablehnung der Durchführung der Behandlung/Operation ist eine Entscheidung, die Sie aus freiem Willen treffen. Sollten Sie Ihre Meinung ändern, können Sie sich persönlich erneut an unser Krankenhaus / an Krankenhäuser wenden, die die betreffende Behandlung/Operation durchführen können.

Ich habe Informationen darüber erhalten, wie ich bei Bedarf medizinische Hilfe zum selben Thema erreichen kann (meinen eigenen Arzt, einen anderen Arzt, die Klinik, in der ich behandelt wurde, und in Notfällen die 112).

12. Einwilligungen

Ich ermächtige den Leiter des chirurgischen Teams, den verantwortlichen Facharzt **Dr. Özgür Akşan**, und sein Team, meine Operation durchzuführen.

Ich verstehe, dass dieser Eingriff auf die Beseitigung meiner Beschwerden abzielt und mit der Absicht durchgeführt wird, die Funktion des Nervensystems zu erhalten oder zu verbessern. Ich bestätige, dass mein Arzt mir alle oben genannten Informationen erläutert hat, dass ich diese Informationen verstanden habe und dass alle meine Fragen zu diesem Eingriff beantwortet wurden. Daher willige ich in die **INTERVENTIONELLE SCHMERZTHERAPIE — FACETTEN- / TRANSFORAMINALE / EPIDURALE INJEKTION** sowie in alle abweichenden oder zusätzlichen Operations- und ergänzenden Behandlungseingriffe ein, die mein Arzt für erforderlich hält.

Verwendung von Gewebe: Jegliches Gewebe, das für die medizinische Diagnose nicht erforderlich ist, kann im Rahmen der ethischen Regeln für die medizinische Forschung verwendet werden. Ich willige in die Verwendung von Gewebe, medizinischen Geräten oder Körperteilen ein, die während des chirurgischen Eingriffs möglicherweise entnommen wurden.

Medizinische Forschung: Ich willige darin ein, dass klinische Informationen aus meinen medizinischen Unterlagen zur Förderung der medizinischen Arbeit, der medizinischen Forschung und der ärztlichen Ausbildung eingesehen werden, unter der Bedingung, dass die Vertraulichkeitsregeln eingehalten werden.

Fotografien/Beobachter: Ich willige darin ein, dass die durchzuführende Operation zu wissenschaftlichen, medizinischen oder Ausbildungszwecken fotografiert oder auf Video aufgezeichnet

wird, unter der Bedingung, dass die Aufnahmen meine Identität nicht erkennen lassen.

13. Bestätigung der Einwilligung

Ich kenne die alternativen Behandlungsmethoden und deren Risiken.
Ich kenne die Risiken und Nebenwirkungen des Eingriffs.
Ich kenne die Wahrscheinlichkeit von Erfolg und Misserfolg.
Ich weiß, was geschehen kann, wenn ich mich nicht behandeln lasse.
Ich verstehe, dass der vorzunehmende Eingriff keine Heilungsgarantie beinhalten kann.
Ich habe alles verstanden, was mir gesagt wurde.
Mein Arzt hat alle meine Fragen beantwortet.
Mein Arzt hat mir alles hier Geschriebene Punkt für Punkt in einer für mich verständlichen, klaren, nachvollziehbaren und erläuternden Weise erklärt.
Ich kenne die Bedeutung der Einwilligungserklärung nach Aufklärung.
Ich wurde über die ungefähren Kosten der Behandlung informiert.
Ich entscheide aus meinem eigenen freien Willen.
Ich hatte vor dem Eingriff ausreichend Zeit, um in angemessener Frist eine zweite Meinung einzuholen.
Ich habe den Inhalt der Einwilligungserklärung nach Aufklärung gelesen und verstanden.
Alle Leerstellen in diesem Formular wurden vor meiner Unterschrift ausgefüllt, und ich habe eine Kopie erhalten.

Unterschriften

A) Patientenspezifische Angaben

Der Patient notiert eigenhändig seine persönlichen Besonderheiten (Allergien, Medikamente, frühere Operationen usw.). Falls keine vorliegen, genügt der Vermerk "KEINE".

B) Handschriftliche Erklärung

Der Patient schreibt den folgenden Satz eigenhändig:

"Ich habe dieses Formular sorgfältig gelesen, wurde über INTERVENTIONELLE SCHMERZTHERAPIE aufgeklärt, meine Fragen wurden beantwortet, und ich willige aus freiem Willen in diesen Eingriff ein."

C) Unterschriften

	Vor- und Nachname	Unterschrift	Datum / Uhrzeit
Patient			

	Vor- und Nachname	Unterschrift	Datum / Uhrzeit
Gesetzlicher Vertreter / Angehöriger des Patienten (Verwandtschaftsgrad:)			
Leiter des OP-Teams, verantwortlicher Facharzt	Dr. Özgür Akşan		