

Infiltration Gelenk, Schleimbeutel oder Sehenscheide

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Ihre Ärztin / Ihr Arzt hat Sie zu einer Infiltration («Spritze») eines Gelenkes, eines Schleimbeutels oder einer Sehenscheide zugewiesen. Hierzu sollten Sie folgendes wissen: Das Ziel der Infiltration ist es, durch gezieltes Spritzen von Medikamenten Ihre Schmerzen mindestens für eine gewisse Zeit [meist mehrere Monate] zu vermindern.

Ablauf der Infiltration

Eine Infiltration erfolgt vorzugsweise bildgesteuert, um die korrekte Lage der gespritzten Medikamente zu garantieren. Bei Schulter, Hüfte, Knie- und Sprunggelenk wird meist die Röntgenkontrolle verwendet. Bei Schleimbeutelinfiltrationen und Sehenscheideninfiltrationen kommt üblicherweise der Ultraschall zum Einsatz.

Nach einem kurzen Gespräch mit Ihnen plant die Radiologin/der Radiologe den Zugangsweg zum betreffenden Gelenk, Schleimbeutel oder Sehenscheide. Die Haut wird desinfiziert und danach optional unempfindlich gemacht. Anschliessend wird eine dünne Nadel schrittweise unter Bildkontrolle vorgeschoben, bis die Nadelspitze im entsprechenden Zielgebiet liegt. Über dieselbe Nadel werden dann ein Schmerzmittel und ein Kortisonpräparat gespritzt. Das schnell wirksame Schmerzmittel kann bereits nach wenigen Minuten die Schmerzen verringern. Das Kortisonpräparat hat eine Langzeitwirkung (es vermindert lokale Entzündungen), seine Wirkung tritt etwas verzögert nach 1 – 3 Tagen zunehmend ein. Eine Infiltration ist in der Regel nicht oder nur wenig schmerzhaft.

Welche Nebenwirkungen können auftreten?

- ➔ Nebenwirkungen sind insgesamt selten.
- ➔ Selten kann ein harmloser oberflächlicher Bluterguss auftreten.
- ➔ Infektionen sind sehr selten.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

- ➔ Nehmen Sie Blutverdünner? JA NEIN
- ➔ Leiden Sie momentan an einer Infektion? JA NEIN
- ➔ Leiden Sie an Zuckerkrankheit? DIABETES JA NEIN
- ➔ Haben Sie Allergien? JA NEIN
- ➔ Für Frauen: Sind sie schwanger? JA NEIN

Persönliche Daten

NAME _____

VORNAME _____

GEBURTSDATUM _____

Ich bestätige, die nebenstehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben und bin mit der Durchführung der Infiltration einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung direkt an die Versicherung geschickt und in der RNR digital für mich aufbewahrt wird.

➔ Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

➔ **UNTERSCHRIFT PATIENTIN / PATIENT**

DATUM

VISUM ÄRZTIN / ARZT