

## Gelenksinfiltration

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie sind von Ihrem Arzt zur Infiltration eines Gelenkes angemeldet worden. Bei Ihnen wird angenommen, dass dieses für Ihre Schmerzen verantwortlich ist. Das Hauptziel der Infiltration ist es, durch eine gezielte Injektion von Medikamenten, Ihre Schmerzen für eine gewisse Zeit (meist mehrere Monate) zu vermindern. Tritt aufgrund der Infiltration keinerlei Wirkung ein, so kann vermutet werden, dass das behandelte Gelenk nicht Ihre Schmerzen verursacht (diagnostischer Aspekt der Infiltration).

### Ablauf der Infiltration

Die Untersuchung wird mit Hilfe der Computertomografie (CT) oder unter Durchleuchtung durchgeführt. Insgesamt werden Sie für die Planung und die eigentliche Infiltration knapp 15 Minuten liegen müssen. Nach einem kurzen Gespräch plant der Radiologe anhand einiger Voraufnahmen den optimalen Zugangsweg.

Wenn die entsprechende Stelle gefunden ist, wird die Nadel in wenigen Schritten zum entsprechenden Gelenk vorgeschoben. Je nach Anatomie und zu behandelndem Gelenk wird dabei etwas Lokalanästhesie zwischen Haut und Gelenk verabreicht. Zwischen den Einzelschritten wird mit einigen CT- oder Röntgenbildern die Lage der Nadel kontrolliert.

Durch Injektion von wenig Röntgenkontrastmittel wird geprüft, ob das Mittel in das Gelenk hinein und nicht vom Gelenk weg fließt oder versehentlich in ein Blutgefäß gespritzt wurde. Über dieselbe Nadel wird dann wenig Kortison und ein Lokalanästhetikum gespritzt. Im Gelenk ist dabei oft ein Druckgefühl zu spüren. Die Lokalanästhesie kann bereits nach wenigen Minuten eine Schmerzminderung auslösen. Das Kortison hemmt lokale Entzündungen. Die Wirkung des Kortisons tritt nach ca. 1-3 Tagen zunehmend ein.

### Welche Nebenwirkungen können auftreten?

- Selten kann sich ein Bluterguss bilden.
- Allergien sind gegenüber venös gespritztem Kontrastmittel deutlich seltener.
- Infektionen sind sehr selten.

**Selbstverständlich dürfen Sie uns vor und während der Infiltration jederzeit Fragen stellen.**

Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>

Bitte beantworten Sie folgende Fragen	Ja	Nein
■ Nehmen Sie Blutverdünner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Leiden Sie momentan an Infektionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Leiden Sie an Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Leiden Sie an Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Sind oder könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung direkt an die Versicherung geschickt und im MRI digital für mich aufbewahrt wird. Ich habe die Informationen verstanden, alle Fragen gewissenhaft beantwortet und bin mit der Durchführung der Infiltration einverstanden.

Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift Patientin/Patient:	<input type="text"/>	Radiologe:	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------------------------------	----------------------	------------	----------------------