Erklärung

Bei Frau/Herrn

Name, Vorname _____ Geb.-Datum: _____

ist folgende Behandlung vorgesehen:

- ☐ CT-gesteuerte Blockade der kleinen Wirbelgelenke
- ☐ CT-gesteuerte Nervenwurzelinfiltration der Wirbelsäule

Gerinnungstatus von _____

Dabei bestehen folgende verfahrenstypische Risiken:
Blutung, Infektion, Verletzung von Nervenwurzeln, vorübergehende Lähmung

Art und Erfolgsaussichten der o.g. Behandlung wurden eingehend besprochen. Auch wurden mögliche Behandlungsalternativen diskutiert. Es wurde auf allgemeine und spezielle Komplikationsmöglichkeiten der vorgesehenen Behandlung hingewiesen.
Der/dem unterzeichneten Patientin/Patienten wurde in allen besprochenen Punkten die Gelegenheit zu Fragen gegeben.

Die Zustimmung zur Durchführung der besprochenen Behandlung wurde gegeben.

Ort, Datum	Patientin/Patient	Arzt