

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG RÖNTGENSCHWACHBESTRAHLUNG

### Liebe Patientin, lieber Patient,

**Bei Schmerzen** im Rahmen abgenützter Gelenke (Arthrosen) oder Entzündungen von Sehnenansätzen oder Gelenkscapseln (Fersensporen, Rotatorenmanschette, Frozen shoulder, ... ) kann die Röntgen-Schwach-Bestrahlung die Schmerzen lindern oder völlig zum Verschwinden bringen. Durch den Einsatz von Röntgenstrahlen in niedrigster Dosierung wird die entzündliche Gewebereaktion gestoppt oder zumindest deutlich reduziert. Nebenwirkungen sind kaum zu erwarten, eventuell kann es nach der 1. und 2. Bestrahlung während der 1. Bestrahlungsserie zu einer kurzfristigen Verstärkung der Schmerzen kommen, dies kann als gutes Ansprechen auf die Therapie gewertet werden.

### Wie sieht eine solche Schmerzbehandlung aus?

Die Behandlung erfolgt in 2-3 Serien zu je 3 Bestrahlungseinheiten.

Jede Serie wird an 3 Tagen innerhalb einer Woche durchgeführt. Die Einzelbestrahlung dauert zwischen 30 und 40 Sekunden. Die 2. Serie erfolgt gleich nach der 1. Serie in der darauffolgenden Woche. Zwischen 2. und 3. Serie wird eine Pause von 4 Wochen eingelegt.

Zu Beginn der 1. Serie können sich die Beschwerden kurzfristig etwas verstärken, um dann allmählich abzuklingen. Die endgültige Wirkung tritt meist erst nach Ende der 3. Serie ein.

### Was kann die Bestrahlung nicht?

Der Gelenkverschleiß bleibt bestehen, die Kalkablagerungen in der Schulter und der Fersensporen verschwinden nicht. Lediglich die begleitende, schmerzhafte Entzündungsreaktion wird gestoppt und Schmerzfreiheit kann erlangt werden.

### Fragen:

Wurde schon einmal eine Röntgenbestrahlung durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn ja in welcher Körperregion? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen eine Stoßwellentherapie in der gleichen Region?  Ja  Nein

Ist eine Stoßwellentherapie in den nächsten 2 Wochen geplant?  Ja  Nein

### Medikamentöse Therapien werden nicht beeinflusst!

Für Frauen im gebärfähigen Alter: Ist eine Schwangerschaft ausgeschlossen?  Ja  Nein

Einwilligung der Patientin/des Patienten in die geplante Strahlenbehandlung  
nach Aufklärung durch Radiologietechnologen

Datum

Unterschrift des/der Patienten/in

Unterschrift  
RT / Arzt