Dr. med. Katrin Pietzarka · Fachärztin für Radiologie
Thomas Stenzel · Facharzt für Radiologie

Gemeinschaftspraxis
Radiologie
Freital · Dippoldiswalde

Verlaufsbogen CT-gestützte Schmerztherapie – LWS

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: ....

Lokalanästhetikum: ..... Cortison: .....

1. Haben Sie nach der CT-gestützten Injektion eine Veränderung Ihrer Beschwerden bemerkt?

   ☐ ja ☐ nein

   Falls ja, welche? ☐ Besserung ☐ Verschlechterung

2. Wie hat die Therapie angeschlagen?

   ☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig ☐ gering
   ☐ unverändert

3. Nach wie vielen Tagen haben Sie eine Beschwerdeminderung bemerkt?

   Tage: .....

4. Wie lange hat die Wirkung angehalten?

   Tage: .....

5. Hat sich nach der Behandlung der Schmerzmittelverbrauch vermindert?

   ☐ ja ☐ nein

6. Können Sie wieder arbeiten gehen?

   ☐ ja ☐ nein

7. Wie lang ist Ihre maximale Gehstrecke?

   ☐ < 100m ☐ < 500m ☐ < 1000m ☐ > 1000m

8. Wie stark sind Ihre Schmerzen?

   ☐ keine ☐ wenig ☐ erträglich ☐ sehr unanagenehm

9. Haben Sie Nebenwirkungen der Behandlung bemerkt?

   ☐ keine ☐ vorübergehende Beinschwäche
   ☐ Akne ☐ Blutzuckererhöhung
   ☐ Wadenkrämpfe ☐ Menstruationsstörung
   ☐ sontige: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....