



Kasse:

Name: Geb.Dat.:

Vorname:

Pat.Nr.: Untersuchungsdatum:

Röntgentiefentherapie

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Ihr Arzt hat Ihnen eine Röntgenschmerzbestrahlung (Röntgentiefenbestrahlung) zu Linderung Ihrer Gelenkbeschwerden verschrieben.

Bei der Röntgentiefenbestrahlung handelt es sich um ein schon seit Jahrzehnten gängiges Verfahren zur Linderung von Gelenkschmerzen, insbesondere bei Entzündungen im Bereich der Sehnenansätze aber auch bei degenerativen Veränderungen (Arthrosen). Nach unseren langjährigen Erfahrungen sind, auch belegt durch internationale Studien, sofern die Röntgenbestrahlung regulär durchgeführt wurde, keine Hinweise auf Veränderungen, auch keine bösartigen, aufgetreten. Die Strahlendosis einer Einzeldosis beträgt 0,5 Gy, was einer Gesamtdosis von 3,0 Gy entspricht. (zum Vergleich: Die Strahlendosis beträgt bei Röntgenaufnahmen von Gelenken zwischen 0,01 Gy und 0,1 Gy, in Abhängigkeit vom Gelenk. Die Strahlendosis einer normalen Krebsbestrahlung beträgt zwischen 40,0 Gy und 55,0 Gy, die in kürzerer Zeit und mit größeren Einzeldosen appliziert wird, was die Strahlenintensität noch verstärkt.)

Vor Beginn der Therapie sollten Sie Folgendes wissen:

1. Es handelt sich um Röntgenstrahlen.
2. Während der Bestrahlung können die Beschwerden vorübergehend stärker werden. Dies ist jedoch eher ein gutes Zeichen, man sagt, der Körper spricht auf die Bestrahlung an.
3. Da es sich um eine Reiztherapie handelt, müssten Sie etwas Geduld haben, denn der endgültige Erfolg der Röntgenbestrahlung ist erst in etwa 3-4 Monaten abzuschätzen, die Bestrahlung wirkt nach der letzten Sitzung noch etwa 3 Monate nach.

Durchführung der Therapie:

Sie kommen insgesamt zu 6 Anwendungen (2 x in der Woche, wenn möglich montags und donnerstags oder dienstags und freitags). Daraus ergibt sich eine Zeitspanne von 3 Wochen. Die einzelnen Bestrahlungen werden in den Zeiten von 08.00 Uhr bis 12.00 Uhr und von 14.00 Uhr bis 17.00 Uhr, freitags bis 16.00 Uhr durchgeführt. Hierzu melden Sie sich bitte jedes Mal an der Anmeldung mit Namen und Geburtsdatum zur Röntgentherapie an. Einen festen Termin benötigen Sie nur für die 1. Bestrahlung. Zur 2. bis 6. Bestrahlung benötigen Sie keine Termine. Sie können dann innerhalb der oben genannten Zeitgrenzen zur Bestrahlung kommen.

Wir empfehlen Ihnen, die bestrahlte Region während der Röntgenreiztherapie nicht übermäßig zu beanspruchen, was den Erfolg gefährden könnte.

Wurde bei Ihnen schon mal eine Strahlentherapie durchgeführt? nein ja

Wenn ja, wann und weswegen? _____

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? nein ja

Sollte während der Bestrahlungsserie nach Ihrer Ansicht eine Schwangerschaft möglich sein, bitten wir umgehend um Mitteilung.

Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift des Arztes

Ich bin mit der Durchführung einer Röntgentiefenbestrahlung einverstanden.
Zum gegenwärtigen Zeitpunkt habe ich keine weiteren Fragen.

nein ja

Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten