

UNTERSUCHUNG VON GEBÄRMUTTER UND EILEITERN MIT ULTRASCHALL ODER RÖNTGEN (HYSTEOSALPINGOKONTRASTSONOGRAFIE/HYSTEOSALPINGOGRAFIE)

Information und Anamnese für Patientinnen zur Vorbereitung des erforderlichen Aufklärungsgesprächs mit dem Arzt

Klinik / Praxis



Patientendaten:

Der Eingriff ist vorgesehen am (Datum):

- Hysterosalpingokontrastsonografie**
 Hysterosalpingografie

Sehr geehrte Patientin,

bei Ihnen ist aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches eine Untersuchung der Gebärmutter und der Eileiter geplant.

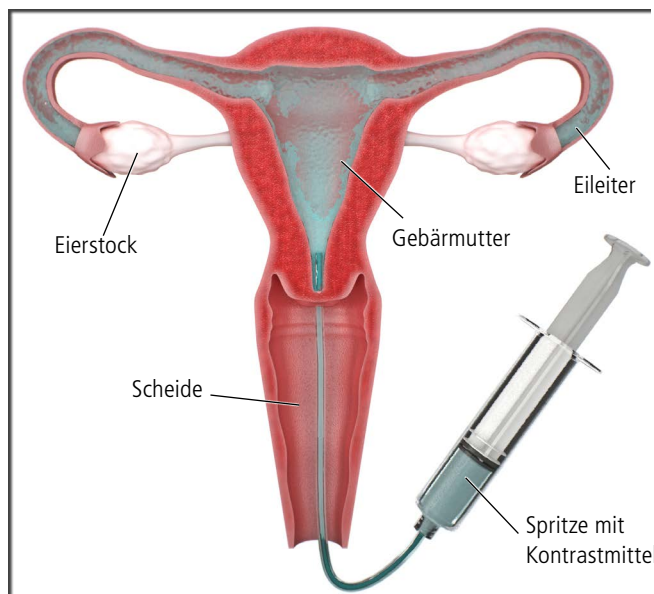
Die folgenden Informationen dienen zur Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile der geplanten Maßnahme gegenüber Alternativmethoden erläutern und Sie über Ihre Risiken aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in die Ihnen vorgeschlagene Untersuchung erteilen. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

GRÜNDE FÜR DIE UNTERSUCHUNG

Ungewollte Kinderlosigkeit (Sterilität) betrifft in Deutschland schätzungsweise jedes siebte Paar. Bei einem Viertel der Frauen mit Sterilität findet sich ein Verschluss oder eine Funktionsstörung der Eileiter.

Mögliche Ursachen für diese Funktionsstörung sind eine abgelaufene Entzündung im Bereich von Eileitern, Eierstöcken bzw. Gebärmutter oder Verwachsungen im Bereich der Eileiter.

Die Eileiter gehen beidseits von der Gebärmutter ab. Ihr Gebärmutter-fernes Ende befindet sich in unmittelbarer räumlicher Nähe zum Eierstock und fängt nach dem Eisprung die Eizelle auf. Anschließend kann im Eileiter die Befruchtung der Eizelle durch ein aufgestiegenes Spermium erfolgen. Danach wandert die befruchtete Eizelle entlang des Eileiters Richtung Gebärmutter und kann sich 5 bis 7 Tage nach der Befruchtung in der Gebärmutterhöhle einnisten.



Liegt nun ein beidseitiger Eileiterverschluss vor, kann dort keine Befruchtung stattfinden und somit auf natürlichem Weg keine Schwangerschaft eintreten.

Konnten durch die bisher durchgeführten Untersuchungen wie gynäkologische und Hormonspiegel-Untersuchung der Frau und andrologische Untersuchung des Partners keine Ursache für die Kinderlosigkeit festgestellt werden, empfehlen wir Ihnen nun die Untersuchung der Eileiterdurchgängigkeit bei der Frau.

UNTERSUCHUNGSMÖGLICHKEITEN

Bei der Untersuchung erfolgt eine Kontrastmitteldarstellung von Gebärmutter und Eileitern, um eine Auffälligkeit im Bereich der Gebärmutterhöhle und insbesondere einen Eileiterverschluss erkennen zu können.

Grundsätzlich können zwei verschiedene Untersuchungstechniken unterschieden werden:

Untersuchung mit Ultraschallkontrastmittel (Hysterosalpingokontrastsonografie)

Die Durchgängigkeit der Eileiter wird hier mittels Ultraschall kontrolliert. Die Hysterosalpingokontrastsonografie ist die am weitesten verbreitete Eileiteruntersuchung.

Untersuchung mit Röntgenkontrastmittel (Hysterosalpingografie)

Die Durchgängigkeitsprüfung der Eileiter erfolgt hier mittels Röntgenstrahlen.

ABLAUF DES EINGRIFFS

Der Ablauf der Untersuchung ist vergleichbar mit einer umfangreicheren gynäkologischen Untersuchung. Somit wird keine Narkose erforderlich und Sie können in der Regel direkt nach der Untersuchung wieder nach Hause oder zur Arbeit gehen. Bei Bedarf kann ein Schmerzmittel wie Butylscopolamin oder Ibuprofen gegeben werden.

Bei der Untersuchung stellt der Arzt zunächst den Muttermund mit einem Hilfsinstrument (Spekulum) dar. Anschließend wird ein

Abstrich entnommen und der pH-Wert der Scheide gemessen, um eine akute Infektion auszuschließen. Dann wird ein dünner Gummi- oder Kunststoffschlauch (Katheter) über den Gebärmutterhals in die Gebärmutter eingeführt. Über diesen wird Kontrastmittel in die Gebärmutter gespritzt und mittels Ultraschall- oder Röntgenbildgebung überprüft, ob das Kontrastmittel über die Gebärmutterhöhle in die Eileiter abfließt. Ist dies der Fall, geht man von einer Durchgängigkeit der Eileiter aus. Auch können mit der Untersuchung u. U. Formveränderungen oder Auffälligkeiten in der Gebärmutterhöhle dargestellt werden.

Eventuell wird Ihnen Ihr Arzt ein Antibiotikum vor oder nach dem Eingriff verschreiben, um einer möglichen Infektion vorzubeugen.

ALTERNATIV-VERFAHREN

Die Standarduntersuchung bei der Abklärung der Funktion von Gebärmutter und Eileitern bei Sterilität ist eine Gebärmutterspiegelung mit Bauchspiegelung und Spülung der Eileiter mit blauem Farbstoff oder Kochsalz (Chromopertubation). Hierbei handelt es sich um eine minimal-invasive-Operation in Vollnarkose mit entsprechenden Risiken eines operativen Eingriffs.

Ihr Arzt erklärt Ihnen gern die Alternativen und warum er in Ihrem Fall eine Durchgängigkeitsprüfung mittels Kontrastmittel empfiehlt.

ERFOLGSAUSSICHTEN

Mit der Untersuchung kann die Durchgängigkeit der Eileiter mit relativ hoher Sicherheit geprüft werden. Allerdings können vorhandene Befunde nicht im selben Eingriff behandelt werden. Daher eignet sich die Untersuchung vor allem für Frauen, bei welchen nicht von einem Eileiterverschluss auszugehen ist.

In einigen Fällen, z. B. bei Verengung des Gebärmutterhalses nach Operationen, Entzündungen oder hormonell bedingt, ist die Untersuchung u. U. nicht durchführbar. Sie kann dann in einem neuen Zyklus an einem anderen Tag wiederholt werden.

Trotz erfolgreich durchgeführter Untersuchung kann die Beurteilung aufgrund individueller anatomischer Verhältnisse, z. B. bei vorhandenen Muskelknoten der Gebärmutter (Myomen) oder bei Übergewicht, erschwert bis unmöglich sein.

Zeigt sich bei der Untersuchung ein auffälliger Befund oder bestehen Zweifel am Untersuchungsergebnis, wird in der Regel eine operative Therapie bzw. Abklärung mit einer Gebärmutter- und Bauchspiegelung empfohlen.

HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Arztes und des Pflegepersonals genauestens. Falls nichts anderes angeordnet wird, beachten Sie bitte die folgenden Verhaltenshinweise:

Vorbereitung:

Medikamenteneinnahme: Teilen Sie Ihrem Arzt mit, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen oder spritzen (insbesondere blutgerinnungshemmende Mittel wie Aspirin® (ASS), Marcumar®, Heparin, Plavix®, Ticlopidin, Clopidogrel, Eliquis®, Lixiana®, Xarelto®, Pradaxa® und metforminhaltige Medikamente, sog. „Biguanide“, bei Diabetikern) oder unregelmäßig in den letzten 8 Tagen vor dem Eingriff eingenommen haben (z. B. Schmerzmittel wie Ibuprofen, Paracetamol). Dazu gehören auch alle rezeptfreien und pflanzlichen Medikamente. Ihr Arzt informiert Sie, ob und für welchen Zeitraum Sie Ihre Medikamente absetzen müssen.

Bitte informieren Sie Ihren Arzt zudem, wenn Sie in letzter Zeit eine **Entzündung von Scheide, Gebärmutter, Eileiter oder Eierstöcken** hatten.

Für den Eingriff müssen Sie nicht nüchtern sein. Im Gegenteil ist es eher günstig, wenn Sie am Tag der Untersuchung etwas

getrunken und gegessen haben. Die Untersuchung wird meistens zwischen dem 10. und 13. Zyklustag durchgeführt.

Nachsorge:

Schmerzen der Gebärmutter nach dem Eingriff können mit Medikamenten in der Regel gut behandelt werden.

Ggf. erfolgt vor und/oder nach der Untersuchung eine **Antibiotikaprophylaxe**, um mögliche Infektionen zu vermeiden.

In den ersten Tagen nach der Untersuchung sollten Sie auf das **Verwenden von Tampons** verzichten.

Bitte informieren Sie sofort Ihren Arzt, falls **Fieber, starke Bauchschmerzen, Blutungen, Übelkeit oder Kreislaufbeschwerden** auftreten. Die Beschwerden können auch noch Tage nach dem Eingriff auftreten und erfordern eine Abklärung.

RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Es ist allgemein bekannt, dass **jeder medizinische Eingriff Risiken birgt**. Kommt es zu Komplikationen, können diese zusätzliche Behandlungsmaßnahmen oder Operationen erfordern, im Extremfall im weiteren Verlauf auch einmal **lebensbedrohlich** sein oder bleibende Schäden hinterlassen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Sie aus rechtlichen Gründen über alle bekannten behandlungsspezifischen Risiken informieren müssen, auch wenn diese z. T. nur in Ausnahmefällen eintreten. Ihr Arzt wird im Gespräch auf Ihre individuellen Risiken näher eingehen. Sie können aber auch auf eine ausführliche Aufklärung verzichten. Überspringen Sie dann diesen Risiko-Abschnitt und bestätigen Sie dies bitte am Ende der Aufklärung.

Während der Untersuchung kann es zu vorübergehenden **Schmerzen**, allgemeinem **Unwohlsein**, bis hin zu **Kreislaufproblemen mit Übelkeit und erhöhtem Herzschlag** oder einer **kurzen Bewusstlosigkeit** (Synkope) kommen. Bei starken Beschwerden muss die Untersuchung ggf. unterbrochen werden.

Infektionen können in den meisten Fällen mit Antibiotika gut behandelt werden, selten ist eine operative Therapie erforderlich. Kommt es zu einer **Verschleppung von Bakterien** aus der Scheide in die Gebärmutter oder Eileiter, kann dies zu einer Entzündung der Gebärmutter Schleimhaut (**Endometritis**) oder von Eileiter und/oder Eierstock (**Adnexitis**), im schlimmsten Fall zu einem Abszess und zu **Unfruchtbarkeit** führen. Infektionen können im Extremfall auch eine Entfernung der Gebärmutter erforderlich machen. Eine nicht beherrschbare Infektion kann zu einer **lebensgefährlichen Blutvergiftung** (Sepsis) bis hin zur Entzündung der Herzinnenhaut (Endokarditis) führen.

Tritt **Kontrastmittel über den Eileiter in den Bauchraum** aus, kann es zu einer Reizung des Bauchfells mit brennenden und sich meist rasch nach der Untersuchung bessernden Schmerzen im Unterbauch kommen. In seltenen Fällen kann dadurch auch eine Bauchfellentzündung (**Peritonitis**) ausgelöst werden.

Im Rahmen des Eingriffs kann es selten zu einer **Durchstoßung** (Perforation) **der Gebärmutterwand** mit Blutungen und Schmerzen kommen. Im Extremfall kann ein operativer Eingriff notwendig werden.

Blutungen werden meist sofort erkannt und gestillt. Bei sehr seltenen starken Blutungen kann eine Erweiterung des Eingriffs oder eine Nachoperation notwendig werden.

Allergische Reaktionen, z. B. auf Medikamente, Kontrastmittel oder Latex, können zu Hautausschlag, Juckreiz, Schwellungen, Übelkeit und Husten führen. Schwerwiegende Reaktionen wie z. B. Atemnot, Krämpfe, Herzrasen oder **lebensbedrohliches Kreislaufversagen** sind selten. Dann können u. U. bleibende

Organschäden wie Gehirnschäden, Lähmungen oder dialysepflichtiges Nierenversagen eintreten.

Bei Patientinnen mit bestehender Nierenerkrankung kann das **Röntgenkontrastmittel** zu einer **Verschlechterung der Nierenfunktion** bis hin zum **Nierenversagen** führen, welches eine u. U. dauerhafte Dialyse (Blutwäsche) erfordert. Bei **Dia-betikern**, die Biguanide wie Metformin einnehmen, kann das Kontrastmittel zu **gefährlichen Störungen des Stoffwechsels** (Übersäuerung) führen.

Bei Schilddrüsenfunktionsstörungen kann das jodhaltige **Röntgenkontrastmittel** eine **Überfunktion der Schilddrüse**, sog. Hyperthyreose, hervorrufen. Dies äußert sich in Herzrasen, Hitzegefühl, Unruhe und Durchfall.

Im Falle einer Röntgendurchleuchtung, welche bei der Hysterosalpingografie erforderlich ist, wird die **Strahlenbelastung** bei der Untersuchung so gering wie möglich gehalten. Spätfolgen, wie z. B. eine Schädigung der Eizellen, können jedoch nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden. Daher ist die Untersuchung mittels Ultraschall das Verfahren der ersten Wahl.

(Falls bestimmte Antworten vorausgewählt sind, korrigieren Sie diese bitte, wenn sich bei Ihnen etwas geändert hat.)

Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese)

Bitte beantworten Sie vor dem Aufklärungsgespräch die folgenden Fragen gewissenhaft und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Anhand Ihrer Informationen kann der Arzt das Eingriffsrisiko in Ihrem speziellen Fall besser abschätzen und wird ggf. Maßnahmen ergreifen, um Komplikationen und Nebenwirkungen vorzubeugen.

Angaben zur Medikamenteneinnahme:

Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt? ja nein

- Aspirin® (ASS), Heparin, Marcumar®,
 Plavix®, Ticlopidin, Clopidogrel, Xarelto®,
 Pradaxa®.

Sonstiges: _____

Wann war die letzte Einnahme? _____

Nehmen Sie andere Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, bitte auflisten: _____

(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

Haben Sie ein Metallimplantat ja nein

(z. B. eine künstliche Hüfte)?

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, was und wie viel täglich? _____

Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:

Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung? ja nein

- Erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung),
 Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken, auch ohne besonderen Anlass)

Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen? ja nein

Allergie/Überempfindlichkeit? ja nein

- Medikamente, Lebensmittel, Kontrastmittel,

- Jod, Pflaster, Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon), Pollen (Gräser, Bäume), Betäubungsmittel, Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten)

Sonstiges: _____

Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Erkrankungen? ja nein

- Herzinfarkt, Angina pectoris (Schmerzen im Brustkorb, Brustenge), Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, Herzklappenerkrankung, Luftnot beim Treppensteigen, Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator), hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck.

Sonstiges: _____

Stoffwechsel-Erkrankungen? ja nein

- Diabetes (Zuckerkrankheit), Gicht.

Sonstiges: _____

Schilddrüsen-Erkrankungen? ja nein

- Unterfunktion, Überfunktion, Knoten, Kropf.

Sonstiges: _____

Infektionskrankheiten? ja nein

- Hepatitis, Tuberkulose, HIV.

Sonstiges: _____

Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen? ja nein

Bitte kurz beschreiben: _____

Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch

Wird vom Arzt ausgefüllt

Über folgende Themen (z. B. mögliche Komplikationen, die sich aus den spezifischen Risiken bei der Patientin ergeben können, nähere Informationen zu den Alternativ-Methoden, mögliche Konsequenzen, wenn der Eingriff verschoben oder abgelehnt wird) habe ich die Patientin im Gespräch näher aufgeklärt:

Hysterosalpingo kontrastsonografie

Hysterosalpingografie

Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:

Die Patientin ist **volljährig** und besitzt die Fähigkeit, eine eigenständige Entscheidung über die empfohlene Untersuchung zu treffen und ihre Einwilligung in das Verfahren zu erteilen.

Die **Minderjährige** verfügt über hinreichende Einsichts- und Urteilsfähigkeit, weshalb ihre Zustimmung/Ablehnung und die der Eltern/des Vormunds eingeholt wird.

Die Patientin wird von einem **Betreuer** mit einem die Gesundheitsorge umfassenden Betreuerausweis oder einer Vertrauensperson mit einer Vorsorgevollmacht von ihren **Eltern**/ einem Elternteil oder einem Vormund vertreten. Diese sind in der Lage, eine Entscheidung im Sinne der Patientin zu treffen.

Betreuerausweis Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung liegt vor.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Ablehnung der Patientin

Frau/Herr Dr. _____ hat mich umfassend über den bevorstehenden Eingriff und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die diesbezügliche Aufklärung verstanden und lehne den vorgeschlagenen Eingriff ab.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Betreuer / Eltern* / Vormund / ggf. des Zeugen

Erklärung und Einwilligung der Patientin

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an und bestätigen Sie Ihre Erklärung anschließend mit Ihrer Unterschrift:

Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe. Diesen Aufklärungsbogen (4 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. _____ wurde ich über den Ablauf des geplanten Eingriffs, dessen Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall und über die Vor- und Nachteile der Alternativmethoden umfassend informiert.

Ich verzichte bewusst auf eine ausführliche Aufklärung. Ich bestätige hiermit allerdings, dass ich von dem behandelnden Arzt über die Erforderlichkeit des Eingriffes, dessen Art und Umfang sowie über den Umstand, dass der Eingriff Risiken birgt, informiert wurde.

Ich versichere, dass ich **keine weiteren Fragen** habe und **keine zusätzliche Bedenkzeit** benötige. **Ich stimme dem vorgeschlagenen Eingriff zu.**

Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

Im Falle einer Wahlleistungsvereinbarung (sog. Chefarztbehandlung) erstreckt sich die Einwilligung auch auf die Durchführung der Maßnahmen durch die in der Wahlleistungsvereinbarung benannten ständigen ärztlichen Vertreter des Wahlarztes.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

_____ E-Mail-Adresse

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Betreuer / Eltern* / Vormund

Kopie: erhalten

verzichtet

_____ Unterschrift Kopieerhalt-/verzicht

*Unterschreibt nur ein Elternteil, so erklärt dieser mit seiner Unterschrift, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder er im Einverständnis mit dem abwesenden Elternteil handelt.

