

# Patienteninformation

## Hysterosalpingographie (HSG)



MERIAN ISELIN

Radiologie

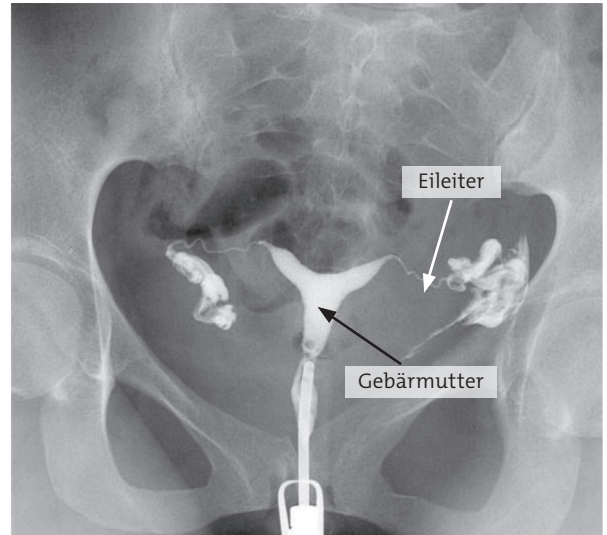
### Erklärung zur Untersuchung

---

#### Liebe Patientin

Veränderungen der Gebärmutter und der Eileiter können die Ursache von Kinderlosigkeit sein. Um dies zu beurteilen und gegebenenfalls die für Sie geeignete Behandlungsmöglichkeit festzulegen, empfiehlt Ihnen Ihr Arzt eine radiologische Untersuchung der Gebärmutter und der Eileiter.

Zur Röntgendarstellung der Gebärmutter und der Eileiter wird die Gebärmutterhöhle mit einem Kontrastmittel gefüllt. Von dort gelangt das Kontrastmittel in die Eileiter und tritt dann an den Enden der Eileiter in die Bauchhöhle aus. Das Einströmen und die Verteilung des Kontrastmittels wird vom Radiologen beobachtet und dokumentiert.



### Komplikationen

---

Kein ärztlicher Eingriff ist völlig frei von Risiken!

Trotz grösster Sorgfalt kann es in Einzelfällen zu Komplikationen kommen, die aber meist sofort erkannt werden und in aller Regel gut zu beherrschen sind.

Zu nennen sind:

- Häufig ein Druckgefühl oder Ziehen wie bei einer Regelblutung. In seltenen Fällen muss bei der Untersuchung der Muttermund geweitet werden. Dadurch kann das Ziehen stärker sein.
- Leichte Blutungen, die meist selbstständig zum Stillstand kommen
- Sehr selten Entzündungen der Gebärmutter oder des Bauchraumes
- Sehr selten Überempfindlichkeitsreaktion auf das Kontrastmittel
- Sehr selten Verletzungen der Scheide, der Gebärmutter oder der Eileiter

### Nach dem Eingriff

---

- Bei leichten, regelartigen Schmerzen darf im Bedarfsfall ein handelsübliches Schmerzmittel genommen werden.
- Bei Bauchschmerzen, Fieber, stärkeren Blutungen und anderen Beschwerden suchen Sie bitte umgehend Ihren Gynäkologen oder die Notfallambulanz einer Akutklinik auf.
- Bitte benutzen Sie nach den ersten Tagen nach dem Eingriff keine Tampons und wenden Sie keine Scheidenspülungen an, es sei denn, es wurde Ihnen von Ihrem Gynäkologen verordnet.

## Fragen zur Untersuchung

---

- Wurde bei Ihnen schon einmal eine Hysterosalpingographie durchgeführt?  
Wenn ja, wann und wo?  Nein  Ja
  - Traten bei früheren Untersuchungen mit Kontrastmittel bei Ihnen Probleme auf?  Nein  Ja
  - Besteht eine **Allergie** (reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte  
Medikamente, Pflaster, Latex, Jod oder örtliche Betäubungsmittel etc.)?  Nein  Ja
  - Liegt /lag bei Ihnen schon einmal eine Schilddrüsenüberfunktion vor?  Nein  Ja
  - Nehmen Sie derzeit Medikamente oder haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente  
genommen (z. B. blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcoumar oder Aspirin)?  
Wenn ja, welche?  Nein  Ja
  - Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?  Nein  Ja
  - Stillen Sie?  Nein  Ja
  - Datum des 1. Tages Ihrer letzten Periode?
  - Wann ist Ihr nächster Arzttermin?
- 

## Ärztliche Anmerkungen zum Gespräch (Risiken, Nebenwirkungen, Nachteile)

---

---

---

---

---

## Einwilligungserklärung

---

Über den geplanten Eingriff hat mich Frau / Herr Dr. \_\_\_\_\_  
in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtigen Fragen stellen.  
Ich habe keine weiteren Fragen. Ich willige hiermit in die geplante Untersuchung ein.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Datum:

Unterschrift Patientin:

Datum:

Unterschrift Arzt:

---