

## Spiegelung der Gebärmutterhöhle

Diagnostische Hysteroskopie, ggf. mit kleinen Eingriffen

Patientenname und -adresse

### Sehr geehrte Patientin,

dieser Aufklärungsbogen dient der Vorbereitung des Aufklärungsgesprächs. Bitte lesen Sie ihn vor dem Gespräch aufmerksam durch. Für die bessere Lesbarkeit verwenden wir die männliche Form, sprechen aber damit alle Geschlechter an.

### Warum raten wir zur Spiegelung?

Um die Ursache Ihrer Beschwerden (z.B. Blutungsstörungen, Unfruchtbarkeit) zu klären, raten wir zur **Spiegelung der Gebärmutterhöhle**, die mit kleinen Eingriffen verbunden werden kann. Damit lassen sich Veränderungen (z.B. Polypen, Fehlbildungen, Geschwülste im Frühstadium) erkennen, die mit anderen Untersuchungsmethoden (z.B. Ultraschall, Röntgen) nicht eindeutig festgestellt werden können.

### Die Spiegelung der Gebärmutterhöhle

Die Spiegelung kann ganz ohne Betäubung, mit Schmerzmitteln, in lokaler Betäubung oder in Vollnarkose erfolgen. Über die Betäubungsverfahren und deren Risiken werden Sie gesondert aufgeklärt.

Der Arzt führt ein optisches Instrument (**Hysteroskop**) über die Scheide in die Gebärmutterhöhle ein (vgl. Abb. 1). Durch Einleiten von Kohlendioxidgas oder Flüssigkeit entfalten sich die Gebärmutterhöhle und deren Wände. Dadurch lassen sich Veränderungen optisch genau darstellen und ggf. behandeln. Kleine Zangen oder Scheren können eingeführt und Gewebeproben gezielt entnommen und untersucht werden.

Bei entsprechenden Befunden können **kleine Eingriffe** wie das Abtragen eines Polypen, die Gewebeentnahme, die Entfernung einer Intrauterinspirale (IUP) oder das Lösen von Verwachsungen im Rahmen der Spiegelung durchgeführt werden.

Zusätzlich (z.B. bei Blutungsstörungen) kann eine Ausschabung der Gebärmutterhöhle (**Abrasio**) sinnvoll sein. Dabei entfernt der Arzt oberflächliche Anteile der Gebärmutter-

schleimhaut mit einem löffelförmigen Instrument (Kürette) und lässt sie untersuchen.

Bitte erteilen Sie deshalb Ihre Einwilligung in solche unvorhersehbaren Erweiterungen, damit die Spiegelung nicht wiederholt werden muss. Sind Befunde, die Zusatzeingriffe erfordern, bereits vor der Spiegelung bekannt, klären wir Sie darüber gesondert auf.

### Alternativmethoden

Kommen in Ihrem Fall andere Untersuchungsmethoden (z.B. Ultraschall, Röntgen) in Betracht, werden wir Sie im Aufklärungsgespräch über deren Vor- und Nachteile, unterschiedliche Belastungen, Risiken und Erfolgschancen informieren.

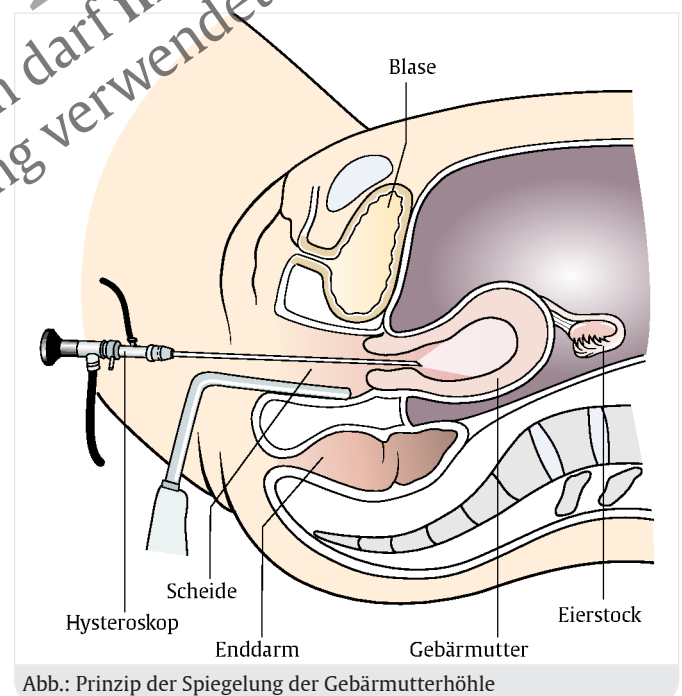


Abb.: Prinzip der Spiegelung der Gebärmutterhöhle

## Risiken und mögliche Komplikationen

Trotz aller Sorgfalt kann es zu – u.U. auch lebensbedrohlichen – Komplikationen kommen, die weitere Behandlungsmaßnahmen/Operationen erfordern. Die Häufigkeitsangaben sind eine allgemeine Einschätzung und sollen helfen, die Risiken untereinander zu gewichten. Sie entsprechen nicht den Definitionen für Nebenwirkungen in den Beipackzetteln von Medikamenten. Vorerkrankungen und individuelle Besonderheiten können die Häufigkeiten von Komplikationen wesentlich beeinflussen.

- **Verletzungen oder Durchstoßung (Perforation)** der Gebärmutterwand sind möglich. Meist bedarf es nur einer kurzzeitigen Überwachung, eventuell einer stationären Betreuung über Nacht und/oder der Gabe eines Antibiotikums, um einer in die Bauchhöhle aufsteigenden Entzündung vorzubeugen. Anhaltende Blutungen aus der Gebärmutterwand oder Schädigungen benachbarter Organe (wie z.B. Darm, Harnblase, Harnleiter, Blutgefäße oder Nerven) mit evtl. folgender lebensgefährlicher Bauchfellentzündung sind sehr selten. Sie können eine operative Behandlung mittels Bauchspiegelung oder selten Bauchschnitt notwendig machen, um einen möglichen Verletzungsschaden abklären und eventuell behandeln zu können. Schwerwiegende Verläufe mit Bauchhöhlenentzündung, im äußersten Fall mit der Entfernung der Gebärmutter, sind extrem selten.
- Schwere **Blutungen** bei Perforation können sehr selten eine Bluttransfusion notwendig machen. Bei einer Fremdblutübertragung ist das Infektionsrisiko (z.B. mit Hepatitis, AIDS) äußerst gering. Eine Nachuntersuchung zum Ausschluss übertragener Infektionen kann u.U. empfehlenswert sein. Ob dies der Fall ist, besprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt.
- In manchen Fällen treten nach dem Eingriff **Schmerzen** im Bauchraum auf, die sich meist nach kurzer Zeit wieder vollständig zurückbilden. Falls sie länger anhalten oder sogar zunehmen, kontaktieren Sie unbedingt Ihren Arzt.
- **Fistelgänge** (unnatürliche Verbindungen zwischen z.B. Harnblase und Scheide oder Darm und Scheide) können sich in sehr seltenen Fällen bilden und weitere Operationen erforderlich machen.
- **Harnwegsinfektionen** sind im seltenen Fall der Katheterisierung der Harnblase möglich und können mit Medikamenten (Antibiotika) gut behandelt werden.
- **Infektionen** von Gebärmutter oder Eileitern, die eine spezielle Nachbehandlung (z.B. Gabe von Antibiotika) erfordern, sind sehr selten. Sehr selten kann es infolge von Infektionen oder Wundheilungsstörungen zu dauernden Schäden oder zu Verklebungen von Muttermund, Gebärmutterhalskanal, Gebärmutterhöhle oder Eileitern kommen. Als Folge sind Menstruationsstörungen und/oder Empfängnischwierigkeiten, evtl. sogar Unfruchtbarkeit, möglich.
- **Allergie/Unverträglichkeit** (z.B. auf Latex, Medikamente) kann zu einem akuten Kreislaufschock führen, der intensivmedizinische Maßnahmen erfordert. Sehr selten sind schwerwiegende, u.U. bleibende Schäden (z.B. Organversagen, Hirnschädigung, Lähmungen).
- **Haut-/Gewebe-/Nervenschäden** durch die Lagerung und eingriffsbegleitende Maßnahmen (z.B. Einspritzungen, Desinfektionen, Laser, elektrischer Strom) sind selten. Mögliche, u.U. dauerhafte Folgen: Schmerzen, Entzün-

dungen, Absterben von Gewebe, Narben sowie Empfindungs-, Funktionsstörungen, Lähmungen (z.B. der Gliedmaßen).

**Bitte fragen Sie im Aufklärungsgespräch nach allem, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint.**

## Verhaltenshinweise

### Vor dem Eingriff

Bitte legen Sie einschlägige **Unterlagen** wie z.B. **Ausweise/Pässe** (Allergie, Mutterschaft, Röntgen, Implantate etc.), **Befunde** und **Bilder** – soweit vorhanden – vor. Informieren Sie uns über alle Medikamente, die Sie derzeit einnehmen. Der behandelnde Arzt wird dann entscheiden, ob ein Medikament abgesetzt oder durch ein anderes ersetzt werden muss. Dies betrifft vor allem blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar®, Aspirin, Plavix®, Iscover®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis® etc.).

### Nach dem Eingriff

Falls Schonungsmaßnahmen erforderlich sind, halten Sie bitte die Anweisungen unbedingt ein. In den ersten Tagen nach dem Eingriff bitte keine Tampons verwenden, auf Geschlechtsverkehr verzichten, keine Scheidenspülungen durchführen. Informieren Sie bei **Fieber** (über 38 °C), **stärkeren Blutungen oder Schmerzen** sofort Ihren Arzt, auch wenn diese Beschwerden erst einige Tage nach dem Eingriff auftreten!

Wird der Eingriff **ambulant** in Narkose oder in lokaler Betäubung durchgeführt, beachten Sie bitte, dass Ihr Reaktionsvermögen durch Beruhigungs-, Schmerz- oder Betäubungsmittel vorübergehend beeinträchtigt ist. Lassen Sie sich deshalb unbedingt von einer erwachsenen Person abholen und stellen Sie für die ersten 24 Stunden eine Betreuung zu Hause sicher. Sie dürfen in diesem Zeitraum **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen** und keine gefährlichen Tätigkeiten durchführen. Ferner sollten Sie keine wichtigen Entscheidungen treffen und keinen Alkohol trinken.

Abhängig vom Untersuchungsbefund bzw. dem -ergebnis können Kontrolluntersuchungen bzw. weitere Behandlungen (z.B. bei Diagnose einer bösartigen Erkrankung) notwendig sein. Darüber werden Sie und/oder Ihr weiterbehandelnder Arzt informiert.

### Dokumentation der Aufklärung und der Einwilligung

#### Arztanmerkungen

Erörtert wurden vor allem: Notwendigkeit/Dringlichkeit des Eingriffs, Wahl und Durchführung des Verfahrens, Alternativmethoden sowie deren Vor- und Nachteile gegenüber der diagnostischen Hysteroskopie, Risiken und mögliche Komplikationen, risikohörende Besonderheiten, mögliche Zusatz-, Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Ausschabung, Gewebeentnahme, Abtragung von Polypen), Verhaltenshinweise vor und nach dem Eingriff sowie (bitte hier insbesondere individuelle Gesprächsinhalte, z.B. die Ablehnung einzelner Maßnahmen, Betreuungsfall, Bevollmächtigter und ggf. spezielle Vermerke oder die Gesprächsdauer dokumentieren):

Horizontal lines for handwritten notes.

#### Folgende(r) Untersuchung/Eingriff ist vorgesehen:

- Spiegelung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)
- Entnahme von Gewebeproben
- Ggf. kleinere Operationen wie Ausschabung, Abtragung eines Polypen, Entfernung einer Intrauterinspirale, Lösen von Verwachsungen, falls entsprechende Befunde bei der Spiegelung festgestellt werden.

Vorgesehener Termin der Untersuchung/des Eingriffs:

Datum

#### Nur im Fall einer Ablehnung

Ich willige in die vorgeschlagene Untersuchung/den Eingriff nicht ein. Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen, verstanden und wurde nachdrücklich darüber aufgeklärt, dass dadurch die rechtzeitige Diagnose und gezielte Behandlung einer etwaigen Erkrankung der Gebärmutter erheblich erschwert oder sogar unmöglich werden können, bei einer Krebserkrankung mit entsprechender Gefahr für Leib und Leben. Falls eine Alternativmethode in Betracht kommt, sollte ich deshalb diese wählen.

Form fields for location, date, time, patient name, witnesses, and doctor name.

#### Einwilligung

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Über den geplanten Eingriff, Behandlungsalternativen, Art und Bedeutung des Eingriffs, Risiken und mögliche Komplikationen, Erfolgsaussichten, medizinisch erforderliche Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Schmerzbetäubung) sowie evtl. erforderliche Änderungen oder Erweiterungen des Eingriffs (z.B. Polypektomie, Ausschabung) wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt

ausführlich informiert. Alle mir wichtig erscheinenden Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert, benötige keine weitere Bedenkzeit und willige in den vorgesehenen Eingriff ein.

Mit unvorhersehbaren, medizinisch erforderlichen Eingriffsänderungen, -erweiterungen, Neben- und Folgeeingriffen bin ich ebenfalls einverstanden.

Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Form fields for location, date, time, patient name, and doctor name.

**MUSTER**  
Dieser Musterbogen darf nicht für die  
Patientenaufklärung verwendet werden