

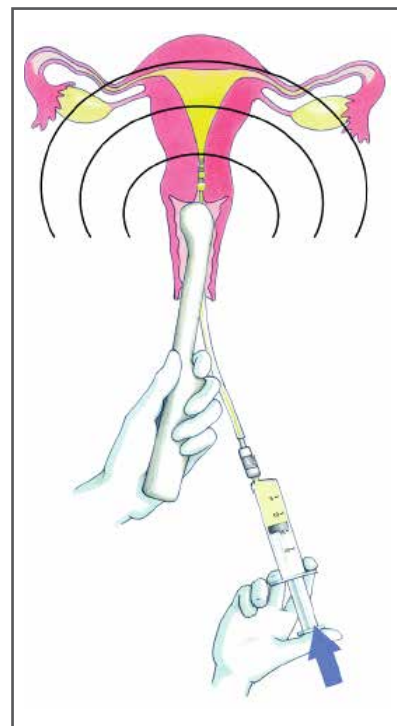


Patienteninformation Ultraschall-Kontrastmitteluntersuchung zur Darstellung von Gebärmutter, Eierstöcke, Eileitern mit Überprüfung auf Durchgängigkeit (HysteroKontrastsonographie)

Sehr geehrte Patientin,

zur Diagnostik bei unerfülltem Kinderwunsch gehört oft die Notwendigkeit, die Gebärmutter und die Funktionsfähigkeit der Eileiter abzuklären. Anstelle einer Bauchspiegelung genügt meist die Prüfung der Eileiterdurchgängigkeit durch eine Ultraschalluntersuchung, bei der gleichzeitig ein Kontrastmittel über die Gebärmutter appliziert wird, das bei typischem Befund über die Eileiter abläuft und eine Darstellung der Eileiter ermöglicht. Eine Bauchspiegelung kann so vermieden werden.

Bei der HysteroKontrastsonographie wird ein Katheter in den Gebärmutterhalskanal eingelegt, der die Gebärmutter zur Scheide hin abdichtet. Über diesen dünnen, weichen Katheter wird zunächst sterile Kochsalzlösung in die Gebärmutter gespritzt, so dass sich die Gebärmutterhöhle entfaltet und der Gebärmutterinnenraum beurteilt werden kann. Somit können unter der Schleimhaut liegende Muskelknoten, Verwachsungsstränge oder auch Trennwände in der Gebärmutter ausgeschlossen werden. Anschließend wird ein spezielles Ultraschallkontrastmittel über denselben Katheter injiziert. Es handelt sich hierbei um einen Schaum aus Hydroxyethylcellulose und Wasser. Damit kann in den meistens Fällen der Eileiterverlauf auf beiden Seiten dargestellt werden und auf Durchgängigkeit überprüft werden. Wird die Eileiterdurchgängigkeit festgestellt ist das Ergebnis sehr zuverlässig.



Wird keine Durchgängigkeit gesehen, kann dies auf technische Umstände bei der Untersuchung zurückzuführen sein. In einem solchen Fall ist kann doch eine Bauchspiegelung zur endgültigen Abklärung der Situation erforderlich sein.

Seltene mögliche Nebenwirkungen und Risiken wären allergische Reaktion auf Hydroxyethylcellulose, ggf. Entzündungsreaktion, Schweißausbrüche, Schwindel und Übelkeit, vor allem bei spannungsbedingten Unterbauchschmerzen, wie sie vor allem bei verschlossenen Eileitern auftreten.

Nach der Untersuchung können einige Stunden leichte Unterbauchbeschwerden fortbestehen. Auch eine minimale Schmierblutung ist möglich.

Das für die Untersuchung verwendete Ultraschallkontrastmittel ist derzeit in Deutschland (noch) nicht zugelassen. Deshalb kann die beschriebene Untersuchung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse durchgeführt werden. Die von Ihnen als Patientin zu tragenden Kosten entnehmen Sie bitte der nachstehenden Aufstellung.

Einverständniserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich über die geplante Untersuchung eingehend aufgeklärt bin und den Inhalt dieser Aufklärung und Einverständniserklärung verstanden habe. Alle von mir gestellten Fragen wurden für mich verständlich beantwortet. Eine mir bekannte Allergie gegen Hydroxyethylcellulose besteht nicht.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patientin: _____

Kosteninformation über Hysterokontrastsonografie

Datum	Go-Nr.	Leistungsbezeichnung	Gebühr (€)	Faktor	Betrag (€)
	1	Beratung, auch telefonisch	4,66	2,30	10,72
	403	Zuschlag zu Sono-Leistungen / transkavit.	8,74	2,00	17,49
	410	Ultraschallunters.ein Organ	11,66	1,50	17,49
	420	Ultraschallunters. bis 3 Organe	4,66	1,50	6,99
	420	Ultraschallunters. bis 3 Organe	4,66	1,50	6,99
	370	Kontrastmitteleinbring. Darstellung Gänge	11,66	2,30	26,81
	1075	Vaginale Behandlung	2,62	2,30	6,03
Endsumme:					158,71

Einverständniserklärung über die Inanspruchnahme von ärztlichen Zusatzleistungen Hysterocontrastsonografie

Nachname, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ich wünsche durch die behandelnde Ärzte Leistungen gemäß GOÄ die oben genannte Leistung in Anspruch zu nehmen.

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen. Ich weiß, dass die Behandlung seitens meiner Krankenkasse nicht erstattungsfähig ist und dass der oben genannte Betrag von mir selbst zu tragen ist.

Ort, Datum, Unterschrift Ärztin/Arzt: _____

Ort, Datum, Unterschrift Patientin: _____

Unsere Liquidation erfolgt über die privatärztliche Verrechnungsstelle Rhein Ruhr GmbH. Die Mitarbeiter dieser Verrechnungsstelle unterliegen wie jeder Arzt den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Wir treten unsere Honorarforderungen treuhänderisch an die Verrechnungsstelle ab; dies bedeutet, dass die Verrechnungsstelle in unserem Auftrag die Rechnung erstellt und unsere Honorarforderung einzieht. Im Falle eines Rechtsstreits ist die Verrechnungsstelle Prozesspartei und wir als Ärzte würden ggf. als Zeugen gehört werden. Die Verrechnungsstelle unterliegt jedoch unseren Weisungen, insbesondere zur Höhe der Honorarforderung.

Wir bitten Sie, durch Ihre Unterschrift Ihr - im Einzelfall widerrufliches – Einverständnis zu erteilen, die zur Rechnungsstellung, zum Einzug und zur Abtretung unserer Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage und erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörigen Diagnosen an die Privatärztliche Verrechnungsstelle zu übermitteln. Gleichzeitig bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift unsere Information zur Privatliquidation.

Ort, Datum, Unterschrift Patientin: _____