Kinderwunsch Hirslanden
Klinik St. Anna
St. Anna-Str. 32
6006 Luzern

HIRSLANDEN
KLINIK ST. ANNA

Hydrosonographie („Wasserultraschall“)

WARUM UND WIE WIRD UNTERSUCHT?

Die Ärztin informiert die Patientin über die Untersuchung, deren Ablauf und Wirkung.

Die Hydrosonographie wird zur Untersuchung der Gebärmutterhöhle durchgeführt.
Diese Untersuchung wird bei Verdacht auf eine gutartige Veränderung in der Gebärmutterhöhle z.B. Schleimhautpolyp oder einem Myom, die z.B. bei Kinderwunsch die Einnistung des Embryos stören kann, indiziert. Ebenso können bestimmte Fehlbildungen der Gebärmutter diagnostiziert oder ausgeschlossen werden.

Nachdem wir eine vaginale Infektion ausgeschlossen haben, wird ein dünner Katheter in die Gebärmutterhöhle eingeführt. Im Anschluss wird sterile Kochsalzlösung in die Gebärmutterhöhle injiziert und so die Gebärmutterhöhle im Ultraschall dargestellt.

In der Regel verläuft eine Hydrosonographie komplikationslos. Trotz grösster Sorgfalt kann es jedoch selten zu Infektionen kommen. Während der Untersuchung kann es zu menstruationsartigen Schmerzen im Unterbauch kommen.

WORAUF IST ZU ACHTEN?

Zum Ausschluss einer Schwangerschaft wird vor dieser Untersuchung ein Schwangerschaftstest im Urin durchgeführt.
Nach der Untersuchung kann eine leichte vaginale Blutung auftreten, die normal ist.
Bitte essen und trinken Sie vor der Untersuchung ausreichend.

WER TRÄGT DIE KOSTEN?

Ihre Krankenkasse übernimmt in der Regel die Kosten dieser Untersuchung.

FRAGEN UND ANMERKUNGEN ZUM AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH

Ich wurde in verständlicher Weise mündlich sowie schriftlich über die Behandlung aufgeklärt. Dabei hatte ich die Gelegenheit, Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, über Nebenwirkungen und Folgemassnahmen sowie über Behandlungsalternativen und Kosten zu stellen. Alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.

Ort / Datum: …… Unterschrift: ……

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige hiermit nach angemessener Bedenkzeit in die geplante Behandlung ein.

Ort / Datum: …… Unterschrift: ……