
Patientenaufklärung – Untersuchung der Brustdrüsengänge

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte/r Betreuer/in!

Sie (bzw. die von Ihnen betreute Person) sind zur Durchführung einer Galaktographie der Brust in der Praxis im Dürerhof Bayreuth vorstellig. Um eventuell für Sie relevante Risiken dieses diagnostischen Verfahrens zu erkennen, bitten wir Sie darum, unseren Erhebungsbogen auszufüllen.

Erläuterungen zur Untersuchung:

Die Galaktographie ist eine Kontrastmittel-Untersuchung, mit der die Drüsengänge der weiblichen Brust sichtbar gemacht werden können. Sie wird bei einem auffälligen Austritt von Sekret aus der Brustwarze durchgeführt. Die Ursache für die Sekretion kann damit weiter eingegrenzt werden. Sie dient auch der Vorbereitung einer möglichen Operation.

Die Untersuchung bedarf meist vorher einer Mammographie, ggf. einer Ultraschalluntersuchung.

Zum Auffinden des sezernierenden Drüsenganges ist es erforderlich, dass aktuell Sekret austritt. Für die Galaktographie wird die Haut desinfiziert, dann anhand des Sekretaustretes der interessierende Drüsengang identifiziert. Dieser wird dann entweder zunächst mit einer Probesonde, oder gleich mit der Injektionssonde (jeweils stumpf) sondiert.

Eine erfolgreiche Sondierung des Drüsenganges gelingt in ca. 70-80% der Fälle.

Dann wird eine geringe Menge Kontrastmittel langsam injiziert. Wenn dies gelingt werden die Drüsengänge in einer anschließend durchgeführten Mammographie (= Galaktographie) sichtbar. Falls der Drüsengang nicht dicht ist, und das Kontrastmittel in das Gewebe ausläuft, wird es dort ebenso wie auch im Drüsengang komplett abgebaut. Allerdings sind dann die Aufnahmen meist nicht ausreichend auswertbar.

Bitte wenden!



Mögliche Begleiterscheinungen oder Komplikationen:

Beeinträchtigungen können für Patienten bei einer Biopsie durch folgende Gegebenheiten entstehen:

- Die Empfindlichkeiten an der Brustwarze sind sehr unterschiedlich. Ein gewisses Ziehen ist meist unvermeidlich, leichte Schmerzen sind möglich. Der Arzt wird darauf Rücksicht nehmen. Ein örtlich wirksames Betäubungsmittel (ein Gel) kann aufgetragen werden.
- Die Anwendung von Röntgenstrahlung macht zur Voraussetzung, dass Sie nicht schwanger sein sollten.
- Eine allergische Reaktion auf jodhaltiges Kontrastmittel ist möglich, bei dieser Anwendung jedoch sehr selten. Teilen Sie uns bitte mit, wenn Sie an Allergien leiden.)
- Durch das Einbringen des Kontrastmittels kann gelegentlich (in ca. 5 % der Fälle) eine Brustreizung entstehen. Meistens handelt es sich dabei um milde Verlaufsformen, welche lediglich eine kurze Behandlung mit Umschlägen oder gar keine Behandlung erfordern. Je nach Bedarf kann auch ein Antibiotikum gegeben werden. Schwere Brustentzündungen sind jedoch sehr selten. Teilen Sie uns bitte mit, wenn bei Ihnen ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht (Abwehrschwäche, Herzklappenfehler usw.).



Radiologie-Praxis

im Dürerhof · Bayreuth

Folgende Informationen von Ihnen sind für uns wichtig:

- | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|
| Sind Sie schwanger? | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> |
| Sind Sie abwehrgeschwächt oder Risikopatient für Infektionen, z.B. wegen eines Herzklappenfehlers? | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> |
| Haben Sie eine Allergie insbesondere gegen Jod oder Röntgen-Kontrastmittel | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> |

Weitere Fragen und Notizen des aufklärenden Arztes:

Im Falle von Beschwerden nach der Galaktographie, nehmen Sie bitte entweder mit uns (Dr. Ullein 0160-94717237), Ihrem Hausarzt, oder Frauenarzt baldmöglichst Kontakt auf.

Erklärung der Patientin (des Betreuers / der Eltern)

Name, Vorname: _____ Geboren am: _____

Ausführende/r Arzt/Ärztin: _____

Ich habe die vorstehende Information gelesen und verstanden. Rückfragen wurden mir beantwortet.

Ich stimme der folgenden Untersuchung zu:

Sondierung, Kontrastmittelfüllung und Mammographie der Brustdrüsengänge

Im Rahmen des Mammographie Screening werden meine untersuchungsbezogenen Daten anonymisiert, statistisch erfasst und ausgewertet. Mit diesem Vorgehen bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

ggf. Unterschrift Betreuer / Eltern