DBT DIAGNOSTISCHES BRUSTZENTRUM TEMPELHOF by evidia Group
MRCT ZENTRUM FÜR COMPUTERTOMOGRAPHIE UND KERNSPINTOMOGRAPHIE by evidia Group

MVZ Radiologie Tempelhof GmbH

Dr. med. Jörg Büsselberg*
Andreas Gierke*
Sven Lüssem

Dipl.-Med. Jacqueline Janke
Elke Magerl
Kornelia Lindner

*Geschäftsführer

Fon: 030 - 705 500 90 0
Fax: 030 - 705 500 90 11

Aufklärung und Einverständnis zur Galaktographie

Name:	Straße:
Vorname:	PLZ/Ort:
Geb.-Datum:	Überweisender Arzt:
Telefonnummer: ……	Krankenkasse:

Die Galaktographie ist eine Röntgenuntersuchung der Brust, bei der die Milchgänge der weiblichen Brustdrüsen mit Kontrastmittel dargestellt werden.
Die Milchgänge stellen sich normalerweise im Röntgenbild nicht dar, da sie sich in ihrer Dichte nicht von dem umgebenden Drüsengewebe unterscheiden. Kommt es außerhalb der Schwangerschaft und der Stillperiode zu einer Sekretion aus der Brustwarze, so kann das ein Hinweis auf einen sich im Milchgang entwickelnden pathologischen Prozess sein und die Darstellung des Milchganges mittels eines Kontrastmittels notwendig werden.

Durchführung

Der erste Teil der Galaktographie wird im Liegen durchgeführt. Vor der Injektion des Kontrastmittels wird die Brustwarze desinfiziert. In die Öffnung eines Milchgangs, der Flüssigkeit absondert, wird eine stumpfe Kanüle eingeführt und darüber 0,1 bis 0,3 Milliliter Röntgenkontrastmittel langsam injiziert. Nach Entfernen der Kanüle wird die Brustwarze mit einem speziellen Pflaster-Spray versiegelt. So wird verhindert, dass das Kontrastmittel während des Röntgenverfahrens austreten kann.

Im Anschluss erfolgt eine Mammographie mit leichtem Kompressionsdruck in 2 oder 3 Ebenen und ggf. in Vergrößerungstechnik, in der sich das mit Kontrastmittel gefüllte Gangsystem darstellt.

Risiken und Komplikationen

Das Risiko einer Reaktion auf das in den Milchgang injizierte Kontrastmittel ist als sehr gering einzuschätzen, da es sich lediglich um eine geringe Menge handelt, die nur langsam resorbiert wird und verzögert in den Kreislauf gelangt.

Während der Injektion des Kontrastmittels kann es zu einem leichten Druckgefühl kommen.

In sehr seltenen Fällen kann es zu einer Infektion kommen.

Bei Kontrastmittelreaktionen in der Vorgeschichte oder Schilddrüsenüberfunktion kann ggf. vor der Untersuchung ein Medikament verabreicht werden.

Bei vorausgegangener Operation im Brustwarzenbereich oder implantierten Prothesen ist die Milchgangsdarstellung oft nicht möglich, da hier die Milchgänge unterbrochen sein können.

Wichtige Information im Fall einer bösartigen Erkrankung

Wir sind laut Staatsvertrag zwischen den Ländern Berlin und Brandenburg verpflichtet, eine Meldung über das Vorliegen einer bösartigen Tumorerkrankung an das klinische Krebsregister für Brandenburg und Berlin GmbH abzugeben. Sollte eine Krebserkrankung bei Ihnen diagnostiziert werden, müssen Ihre Identitäts-, Versicherungs- und Krankheitsdaten dort übermittelt und gespeichert werden.

Sie können der Speicherung einzelner Daten im Klinischen Krebsregister widersprechen. Auch bei einem Widerspruch besteht eine Meldepflicht an das klinische Krebsregister. Es werden dann nur die Identitätsdaten (Familienname, Vornamen, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift sowie die Tatsache und Art des Widerspruches (gegen die Speicherung von einzelnen Daten), nicht aber Befunde und Versicherungsdaten übermittelt.

Bei Widerspruch gegen die Speicherung von Daten im klinischen Krebsregister können diese dann nicht für die direkt patientenbezogene Zusammenarbeit (Tumorkonferenzen) und ggf. auch nicht für die Auswertung genutzt werden, da im klinischen Krebsregister dann nur unvollständige klinische Daten vorliegen.

Weitere Informationen über das Klinische Krebsregister finden Sie im Internet unter www.kkrbb.de.

Was der Arzt wissen sollte:

1. Haben Sie eine **Kontrastmittelallergie**?

☐ nein ☐ ja welche?.....

2. Ist bei Ihnen eine **Schilddrüsenüberfunktion** bekannt oder leiden Sie an **Morbus Basedow**?

☐ nein ☐ ja

3. Nehmen Sie derzeit **Schilddrüsen-Medikamente** ein?

☐ nein ☐ ja welche?.....

4. Haben oder hatten Sie **akute oder chronische Infektionskrankheiten?**
(z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV, AIDS)

☐ nein ☐ ja welche?.....

Einwilligungserklärung

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach angemessener Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein. ☐ nein ☐ ja

Mit der Übermittlung der fachärztlichen Untersuchungsergebnisse an den überweisenden Gynäkologen oder Hausarzt bin ich einverstanden. ☐ nein ☐ ja

Die obengenannten Informationen zur Datenübermittlung im Fall einer bösartigen Erkrankung an das Klinische Krebsregister habe ich gelesen und verstanden. ☐ nein ☐ ja

X..... X.....
Berlin, den Unterschrift Patientin

Ich verzichte auf eine Kopie des Aufklärungsbogens, der nachträglich jederzeit ausgehändigt werden kann.

X.....
Unterschrift Patient/in

Ärztliche Anmerkungen: .....

.....

.....

.....
Datum/Uhrzeit des Aufklärungsgesprächs

.....
Unterschrift Ärztin