

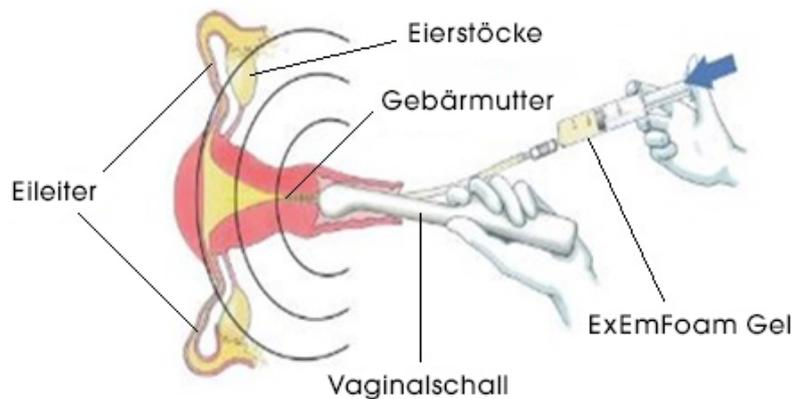


Einwilligungsblatt der Patientin

für die Untersuchung mit ExEm®Foam Gel zur
Überprüfung der Eileiterdurchgängigkeit –
Hysterosalpingo Foam Sonographie (HyFoSy)

Name der Patientin: _____ Ort, Datum: _____

Bei der Durchführung der HyFoSy (Hysterosalpingo Foam Sonographie) ermöglicht das ExEm®Foam Gel eine einfache und hocheffektive Erkennung Ihrer Eileiterdurchgängigkeit. Dazu wird das Kontrastmittel durch Ihre Eileiter gespült und mit einem Vaginal-Schall bis in die Bauchhöhle verfolgt.



Der Eingriff ist harmlos und Komplikationen sind sehr selten.

Ich wurde ausdrücklich über die Untersuchung der Eileiterdurchgängigkeit aufgeklärt und habe dazu keine weiteren Fragen. Ich willige ein, dass die Untersuchung mit ExEmFoam Gel bei mir durchgeführt wird.

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patientin