



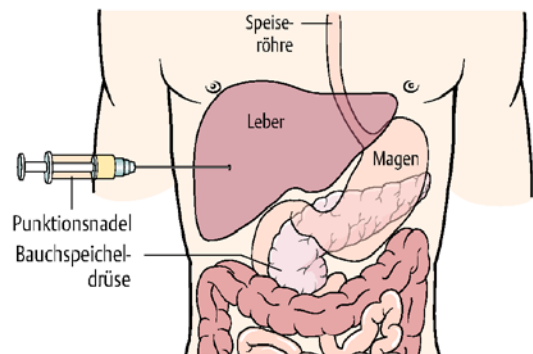
## **Leberbiopsie (Ultraschall gesteuert)**

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**Ihr Arzt** hat Ihnen zur Abklärung Ihrer Erkrankung (erhöhte Leberwerte) eine Leberbiopsie empfohlen.

**Ziel** dieser Untersuchung ist es, eine Probe aus der Leber zu gewinnen und diese von einem Leber-Pathologen untersuchen zu lassen. Die Erkrankung Ihrer Leber kann so genau erfasst und die genau darauf Therapie genau darauf abgestimmt werden.

**Technik:** Nach Desinfektion der Haut und örtlicher Betäubung wird ein kleiner Hautschnitt (ca. 0,5 cm) vorgenommen. Dann wird eine dünne Hohlneedle in die Leber vorgeschoben. Durch Erzeugen eines Unterdrucks wird eine Leberprobe gewonnen und die Nadel wieder entfernt. Dieser Vorgang dauert nur 1–2 Sekunden. Die gewonnene Probe wird anschließend an den Pathologen gesandt, das Ergebnis liegt in ca. 7–10 Tagen vor.



Die Untersuchung erfolgt unter Ultraschallkontrolle. Die Untersuchung verursacht nur einen kurzen Punktionsschmerz. Bei einigen Patienten können kurzfristig Schmerzen in der rechten Schulter auftreten. Diese sind Folge einer Reizung von Nerven, die durch das Zwerchfell ziehen. Sie bilden sich zumeist schnell zurück. Nur in wenigen Fällen müssen Schmerzmittel eingesetzt werden. Körperliche Besonderheiten können in seltenen Fällen die Gewebeentnahme verhindern oder eine erneute Punktion nötig machen. Anschließend überwachen wir Sie in der Regel 4 Stunden in unserer Praxis und entlassen Sie dann nach Hause. Am Tage der Untersuchung sollten Sie sich schonen und keine körperlichen Anstrengungen unternehmen.

Während der **Überwachung in der Praxis** bitten wir Sie, zuerst 2 Stunden auf der rechten Seite zu liegen. Dies dient der Kompression der Punktionsstelle. Wir bieten Ihnen im Verlauf der Überwachung Getränke an.

Die Untersuchung wird von **speziell ausgebildeten und erfahrenen Ärzten und medizinischen Fachangestellten** durchgeführt.

Nach der Überwachungsphase sollte Sie sich möglichst von Angehörigen oder Freunden abholen lassen

**Nahrungskarenz:** In der Regel dürfen Sie 8 Stunden vor der Untersuchung keine Speise mehr aufnehmen. Die Aufnahme von Flüssigkeit ist erlaubt. Bitte nehmen Sie notwendige Medikamente erst nach der Untersuchung ein. Anschließend können Sie Speisen aufnehmen.

### Vorerkrankungen:

Bitte informieren Sie uns über ernsthaft Erkrankungen, insbesondere Herzkrankheiten, Allergien, Blutgerinnungsstörungen, chronische Infektionskrankheiten. Bei Herzklappenentzündungen sollten Sie am Tag der Untersuchung ein Antibiotikum nehmen, um Herzklappenentzündungen vorzubeugen.

### Medikamente:

Bitte informieren Sie uns über die von Ihnen eingenommenen Medikamente. **Blutgerinnungshemmende Substanzen wie Aspirin/ASS, Heparin oder Marcumar in den letzten 10 Tagen vor der Untersuchung eingenommen**, schließen die Untersuchung aus!

**Komplikationen:** Im Allgemeinen verläuft die Untersuchung komplikationslos. Wir führen 30 – 50 Biopsien pro Jahr durch, bisher ohne „Nebenwirkungen“. Dennoch kann es in unglücklichen Fällen zur Verletzungen der Gallenblase, rechten Niere oder Lunge kommen. Eine stärkere Nachblutung aus der Leber nach Probeentnahme kann einen operativen Eingriff nötig machen. (Risiko < 0,1%, nach Angaben der Fachliteratur). Die Überwachung in der Praxis dient dazu, eine Komplikation rechtzeitig zu erkennen.

### Überwachung:

Sollten **nach** der Untersuchung bei Ihnen **ungewöhnliche** Beschwerden auftreten, wenden Sie sich umgehend **an die Praxis! (02323 – 946220)**  
Ist diese schon geschlossen, erreichen Sie uns unter:

Dr. Felten	02325 / 792501	oder	0172 / 2812807
Dr. Hartmann	02323 / 3840908	oder	0170 / 6808961
Dr. Hüppe:	02323 / 22488	oder	0171 / 4648966
Dr. Wallner	0201 / 4309550	oder	0178 / 2089408

In **Notfällen** arbeiten wir bevorzugt mit folgenden Herner Kliniken zusammen:

- Gastroenterologische Abteilung (Dr. med. M. Freistühler) und Chirurgische Abteilung (Prof. Dr. med. M. Kemen) des Ev. Krankenhauses Herne , Wiescherstraße 24
- Gastroenterologische Abteilung (Dr. med. W. Hoffmann) und Chirurgische Abteilung (PD Dr. med. J. Kozianka) des St. Anna Hospital, Hospitalstr. 19
- Gastroenterologische Abteilung (PD. Dr. med. B. Henning) und Chirurgische Abteilung (PD Dr. med. J. Zieren) des Marienhospitals, Uni-Klinik Herne, Hölkeskampring 40

### **Haben Sie noch Fragen? Sprechen Sie uns bitte jederzeit an!**

*Auch das ist wichtig:* Wir haben mit Ihnen einen konkreten Termin für die Untersuchung verabredet, **bitte halten Sie diesen unbedingt ein** (oder sagen ihn mindestens 24 Stunden vorher ab“)

Auch wir bemühen uns um Pünktlichkeit!

Dr. med. Dietrich Hüppe  
Internist – Gastroenterologe

Frau Dr. med. Gisela Felten  
Internistin – Gastroenterologin

Prof. Dr. med. Heinz Hartmann  
Internist – Gastroenterologe

Frau Dr. med. Isabel Wallner  
Internistin – Gastroenterologin



**Bitte beantworten Sie alle Fragen mit JA oder NEIN**

**Fragebogen zur Abklärung der Blutungsneigung:**

➔ **Ihr Name:** \_\_\_\_\_

- Haben Sie starkes Nasenbluten, ohne ersichtlichen Grund?  JA  NEIN
- Haben Sie starkes lang anhaltendes Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund?  JA  NEIN
- Haben Sie „blaue Flecken“ (Hämatome) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne erinnerliche Verletzungen am Körper?  JA  NEIN
- Haben Sie den Eindruck, dass Sie nach kleinen Verletzungen verlängert bluten (z.B. beim Rasieren)?  JA  NEIN
- Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine verlängerte Menstruationsblutung (< 7 Tage) haben oder sehr häufig Tampons bzw. Binden wechseln müssen?  JA  NEIN
- Haben Sie verlängerte oder schwere Blutungen während oder nach einer Zahnentfernung gehabt?  JA  NEIN
- Haben Sie verlängerte oder schwere Blutungen während oder nach Operationen gehabt (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt)?  JA  NEIN
- Haben Sie Blutkonserven oder Blutprodukte während einer Operation erhalten?  JA  NEIN
- Besteht in ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Großeltern, Onkeln, Tante) eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung?  JA  NEIN

**Fragebogen zu Allergien und Medikamenten**

**Bitte beantworten Sie die Fragen mit JA oder NEIN**

**Haben Sie Allergien ?**

- Sojaprodukte  JA  NEIN Penicillin / Antibiotika  JA  NEIN
- Weitere Allergien? \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie ?**

- ASS / Herz-ASS /Godamed  JA  NEIN Plavix/Clopidogrel  JA  NEIN
- Marcumar  JA  NEIN Schmerztabletten  JA  NEIN
- Rheumamedikamente  JA  NEIN
- andere Medikamente? \_\_\_\_\_

**Bitte kreuzen Sie die Diagnosen mit JA oder NEIN an**

## **Fragebogen zu Ihren Vorerkrankungen**

➡ **Ihr Name:** \_\_\_\_\_

Hepatitis B	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Hepatitis C	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Leberzirrhose	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Anämie (Blutarmut)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
HIV (Aids)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Asthma	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Künstliche Herzklappe	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	chron. Bronchitis	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
			COPD	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Bluthochdruck	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Schlafapnoe	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Grüner Star	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Schnarchen Sie?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Rauchen Sie?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	➡ Insulinpflichtig	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Nierenfunktionsstörung	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	➡ Dialysepflichtig?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Organtransplantiert	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	➡ welches Organ? _____		
Brustkrebs	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	➡ O Rechts	<input type="radio"/> O Links	
Prostatakrebs	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	➡ Bestrahlt?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Metalle im Körper	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	➡ Wo? _____		
Herzerkrankung	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	➡ Welche? _____		
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	➡ Welche? _____		
Herz-OP	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	➡ Bypass	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
			Stent	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
			andere? _____		

## **Einverständniserklärung zur Durchführung der Leberbiopsie**

**Bitte beantworten Sie die Fragen mit JA oder NEIN**

Ich bin mit der **Durchführung der Leberbiopsie einverstanden** und  JA  NEIN  
habe die schriftliche Erklärung verstanden und zur Kenntnis genommen

**DATUM** \_\_\_\_\_ **IHRE UNTERSCHRIFT** \_\_\_\_\_

Aufklärender / untersuchender Arzt (vom Arzt auszufüllen)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_