

Information und Einverständniserklärung Geräteaustausch wegen Batterieerschöpfung (Schrittmacher oder Defibrillator)

Liebe Patientin, lieber Patient

Die Voruntersuchungen haben ergeben, dass die Batterie Ihres Herzschrittmachers/ Defibrillators in kurzer Zeit erschöpft sein wird. Wir haben Ihnen deshalb den Geräteaustausch empfohlen.

Operationsverfahren

Der Eingriff wird in der Regel in örtlicher Betäubung durchgeführt. Durch einen kurzen Hautschnitt über die vorbestehende Narbe wird der Herzschrittmacher freigelegt, die angeschlossenen Sonden werden vom Gerät losgeschraubt und nach Überprüfung und Sicherstellung ihrer korrekten Funktion werden diese am neuen Gerät angeschlossen. Dieser wird in die vorbestehende Gewebetasche eingepflanzt und neu programmiert. Falls die Elektroden keine einwandfreie Funktion zeigen, kann es nötig sein, eine neue Elektrode zu implantieren. Damit sind in diesem Fall zusätzliche Risiken verbunden, wie Verletzung von Gefässen, Lunge oder Herzbeutel. Die korrekte Stimulation Ihres Herzens wird während der gesamten Operation gewährleistet sein. Manchmal kann dafür die vorübergehende Einlage einer Sonde notwendig sein, die durch ein Gefäss in der Leiste, am Hals oder am Oberkörper erfolgt.

Mögliche Komplikationen

Obwohl diese Operationen meistens problemlos verlaufen, kann es in seltenen Fällen zu Komplikationen kommen. Im Bereich der Operationswunde kann ein Bluterguss auftreten. Selten kann es zu Infektionen kommen, die eine spezielle Behandlung erforderlich machen. Ebenfalls selten sind Verletzungen der Sonden beim Freilegen des Gerätes. Das kann zusätzlich zum Gerätewechsel die Implantation einer neuen Schrittmachersonde oder sehr selten auch deren Entfernung bedingen. Schwere Gesundheitsschädigungen oder gar der Tod als Folge eines Schrittmacherwechsels sind äusserst selten und der Nutzen des Eingriffes überwiegt dessen Risiken bei Weitem.

Nachbehandlung und erste Nachkontrolle nach Austausch eines Schrittmachers oder Defibrillators

Nach dem Gerätewechsel wird eine kurze Bettruhe notwendig sein. Das Führen eines Motorfahrzeuges oder die Bedienung gefährlicher Maschinen wird Ihnen während etwa einer Woche nicht möglich sein. Falls es nach Spitalentlassung im Bereich der Operationsnarbe zu einer Schwellung kommen sollte, verständigen Sie uns bitte sofort. Die erste Kontrolle findet in der Regel ein Jahr nach dem Gerätewechsel statt.

Einverständniserklärung und Einverständniserklärung zur Datensammlung- und Auswertung

Herr Dr. hat mit mir heute anhand der Informationsschrift und der Ergebnisse der Voruntersuchungen ein abschliessendes Aufklärungsgespräch geführt. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen. Nach vollständiger Beantwortung meiner Fragen erkläre ich mich hiermit bereit, die vorgeschlagene Therapie durchführen zu lassen. Ich bin mit allfälligen unmittelbar notwendigen Folgeeingriffen einverstanden.

Ich bin mit der Sammlung und Auswertung der wissenschaftlichen Daten meiner Behandlung in verschlüsselter, elektronischer Form einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass meine im Zusammenhang mit dieser Behandlung stehenden persönlichen Daten zwecks Qualitätssicherung und Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit in einer zentralen, online zugänglichen, gesamtschweizerischen, elektronischen Datenbank der Stiftung für Herzschrittmacher und Elektrophysiologie gespeichert werden. Die dort gespeicherten Daten sind, ausgenommen für die Mitglieder des Behandlungsteams, den Benutzern nur in Form von anonymisierten Statistiken zugänglich. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten im Zusammenhang mit der erwähnten Datenbank online über das Internet übermittelt werden, wenn die angemessenen Sicherheitsmassnahmen getroffen worden sind. Weiter gebe ich mein Einverständnis dazu, dass von der erwähnten Stiftung für die elektronische Bearbeitung meiner Daten externe Informatikspezialisten beigezogen werden, vorausgesetzt, diese sind zur vertraulichen Behandlung meiner Daten verpflichtet. Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass mir ein Recht auf Auskunft bezüglich der mich betreffenden Daten zusteht und ebenso, dass ich die vorliegende Erklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Es ist mir bewusst, dass im Fall eines Widerrufs dieser Erklärung die mich betreffenden Daten in der erwähnten Datenbank gelöscht werden.

Unterschrift Arzt:

Patient(in)
Name & Vorname:

Geburtsdatum:

Unterschrift Patient:

Ort und Datum: