

Information und Einverständniserklärung Transoesophageale Echokardiographie (TEE) im Rahmen der Vorhofflimmer-Ablation

Liebe Patientin, lieber Patient

Die transoesophageale Echokardiographie erlaubt die Ultraschall-Untersuchung des Herzens von der Speiseröhre her und ist die beste Methode zum definitiven Ausschluss von Blutgerinnseln im Herzen. Insbesondere im linken Vorhof und im Vorhofohr sind solche Blutgerinnsel am häufigsten zu erwarten. Daneben können auch andere Herzerkrankungen oder Herzklappenprobleme festgestellt werden.

Praktische Durchführung

Die transoesophageale Echokardiographie wird im Rahmen der Allgemeinanästhesie während des Eingriffs zur Ablation durchgeführt. Nach Einleitung der Anästhesie durch den Anästhesisten wird die Ultraschallsonde in die Speiseröhre eingeführt. Anschliessend erfolgt die Bildgebung, ev. auch mit Gabe von Kontrastmittel (SonoVue). Wenn keine Gerinnsel festgestellt werden, wird anschliessend die Radiofrequenz-Ablation durchgeführt, dies während der gleichen Narkose. Die Sonde wird zur Ablation meistens wieder entfernt.

Nebenwirkungen

Die transoesophageale Echokardiographie kann harmlose Nebenwirkungen haben, wie kleine Schleimhautläsionen des Rachens oder der Speiseröhre, Kehlkopfverkrampfungen oder spontan verschwindende Herzrhythmusstörungen. Schwerwiegende Komplikationen sind aussergewöhnlich selten (1/10'000 Untersuchungen): Dazu gehören Verletzungen der Speiseröhre mit Infektion, Verletzungen des Rachenraumes und Zahnschäden. Gelegentlich kann der Bisschutz während der Narkose zu lokalen Druckstellen und Blutergüssen an den Lippen führen, welche aber wieder verschwinden. Zusammengefasst ist das Risiko einer transoesophagealen Echokardiographie deutlich kleiner, als das eines Hirnschlags oder einer Embolie, wenn ein Blutgerinnsel im Herzen nicht festgestellt wird.

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: