

## **Information und Einverständniserklärung Einsetzen eines Herzschrittmachers**

Liebe Patientin, lieber Patient

Die Voruntersuchungen haben ergeben, dass bei Ihnen eine Herzrhythmusstörung vorliegt. Diese kann eine starke Pulsverlangsamung, eine Leistungsminderung, ein Schwächegefühl, Atemnot, Schwindel oder gar Bewusstlosigkeit zur Folge haben. Da Medikamente für eine Dauerbehandlung dieser Art von Herzrhythmusstörungen ungeeignet sind, wurde Ihnen ein künstlicher Herzschrittmacher empfohlen. Damit kann die Schlagfolge des Herzens wieder normalisiert werden.

### **Operationsverfahren**

Der Eingriff wird in der Regel unter lokaler Betäubung durchgeführt. Nach einem kurzen Hautschnitt wird entweder eine Vene unterhalb des Schlüsselbeins freigelegt oder mit einer Nadel punktiert. Dann werden ein oder zwei dünne Sonden (Elektroden) unter Röntgenkontrolle in die rechte Herzkammer und/oder Vorkammer vorgeschoben. Die Sonden werden mit dem Schrittmacher verbunden, der im Bereich des Brustmuskels unter die Haut eingepflanzt wird.

### **Mögliche Komplikationen**

Obwohl Herzschrittmacher-Implantationen meistens problemlos verlaufen, kann es in seltenen Fällen zu Komplikationen kommen. Im Bereich der Operationswunde kann ein Bluterguss auftreten. Eine seltene Komplikation ist eine Infektion, die eine spezielle Behandlung erforderlich macht, oder auch eine Verletzung benachbarter Organe (Blutgefässe, Nerven, Lunge). Im Falle einer Lungenverletzung kann Luft in den Brustraum (Pneumothorax) austreten, die je nach Situation anschliessend wieder abgesaugt werden muss. Selten kann es durch die Sonde zu einer Verletzung von Gefässen, Herzklappen oder des Herzmuskels, eventuell mit Blutaustritt in den Herzbeutel kommen. Falls dadurch die Herzfunktion beeinträchtigt wird, muss das Blut abgesaugt werden (Perikarddrainage). In extrem seltenen Fällen ist dazu eine Notoperation notwendig. Insgesamt sind die Risiken der Schrittmacher-Implantation sehr gering und der Nutzen überwiegt bei Weitem.

## Nachkontrollen nach Einpflanzung eines Schrittmachers

Nach dem Einpflanzen eines Schrittmachers wird dieser entsprechend Ihrer Situation individuell programmiert. Eine erste Kontrolle findet in der Regel drei Wochen nach der Operation statt, um eine Feinanpassung und eine möglichst batteriesparende Programmierung vorzunehmen.

Anschliessend wird der Schrittmacher ambulant bei Ihrem Kardiologen oder bei uns in etwa jährlichen Abständen nachkontrolliert.

## 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: .....