

Kardiologie

**Einverständniserklärung
für die Katheterbehandlung
von verengten Mitralklap-
pen (Mitravalvuloplastie)**

Universitätsspital
Basel Petersgra-
ben 4, CH-4031
Basel
Telefon +41 61 265 44 45, Fax +41 61 265 45 98

**Einverständniserklärung
für die Katheterbehandlung von verengten Mitralklappen (Mitravalvuloplastie)**

Ich wurde über den bei mir vorgesehenen Eingriff informiert und bin damit einverstanden.

Ich wurde über den Zweck, die Erfolgschancen und das Risiko sowie andere Behandlungsmöglichkeiten informiert. Ich wurde darüber informiert, dass zur Durchführung der Ballonaufdehnungen ein Katheter über das rechte Herz durch die Vorhofwand in die linke Herzkammer gebracht werden muss. Diese Kathetereinführung kann mit Komplikationen verbunden sein, wobei die schlimmste ein Bluterguss im Herzbeutel ist. Die gleiche Komplikation kann auch durch die Aufdehnung der Mitralklappe selber entstehen. Insgesamt ist eine Blutung in den Herzbeutel, die mittels Katheters oder Operation entleert werden muss, in 1–3 Prozent der Behandlungen zu erwarten. Ich bin informiert worden, dass es wegen einer Verletzung der Klappe in seltenen Fällen (ungefähr 2 Prozent) zu einer notfallmässigen Herzoperation kommen kann und ein zu grosser Rückfluss durch die Klappe allenfalls eine spätere Operation notwendig machen kann. In seltenen Fällen kann man auch an der Behandlung versterben (1 Prozent). Andere ernsthafte, aber seltene Nebenwirkungen sind ein Schlaganfall, eine schwere Allergie auf die verwendeten Medikamente, Durchblutungsstörungen der Beine oder Gerinnselbildung in den Arterien. Sie treten insgesamt bei 1–2 Prozent der Patienten auf.

Ich bin orientiert worden, dass es nicht selten nach Jahren wiederum zu einer Einengung im Bereich der Klappe kommen kann und eine erneute Behandlung nötig wird.

Ich wurde auch auf die allgemeinen Risiken einer Herzkatheteruntersuchung aufmerksam gemacht. Ich weiss, dass selten Blutungen, z. B. an der Einstichstelle, und Störungen des Herzrhythmus oder der Nieren auftreten können und behandelt werden müssen.

Da ein kleines Risiko einer bakteriellen Infektion besteht, werde ich ein Antibiotikum erhalten und lebenslang bei Zahn- oder sonstigen Eingriffen sowie fiebrigen Erkrankungen Antibiotikum zur Vorbeugung einnehmen müssen.

Der Eingriff bzw. die Untersuchung wird unter Röntgenstrahlung durchgeführt. Es besteht somit eine gewisse Strahlenbelastung, welche aber so gering wie möglich gehalten wird. Aus grundsätzlichen Erwägungen sollte ein solcher Eingriff jedoch während einer Schwangerschaft nur im Notfall durchgeführt werden.

Ich habe die mir gegebenen Informationen verstanden. Meine Fragen wurden befriedigend beantwortet.

Einverständniserklärung zur Weitergabe von Daten an das Register SwissCaRe

Ich bin einverstanden, dass personenbezogene Daten zu meinem Eingriff und zu meiner Krankengeschichte inklusive meines Namens, Geschlechts und Geburtsdatums zwecks Qualitätssicherung und -förderung erfasst und an das nationale Qualitätsregister SwissCaRe übermittelt werden. Ich wurde über den Umfang und den Zweck der Datenübermittlung mittels Patientinformation zum SwissCaRe Qualitätsregister, Version 1/2022, informiert. Meine allfälligen Fragen wurden beantwortet. Es wurde mir erklärt, dass meine Entscheidung zur Einwilligung oder Nicht-Einwilligung in die Datenübermittlung an das Register keinerlei Einfluss auf meine Behandlung haben. Ich weiss, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann, ohne Angabe von Gründen.

- JA, ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten ans SwissCaRe übermittelt werden
- NEIN, ich will nicht, dass meine personenbezogenen Daten übermittelt werden

Einverständniserklärung

Herr/Frau 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, den vorgeschlagenen Eingriff durchführen zu lassen.

Unterschrift Patient(in):

Unterschrift Arzt (Ärztin):

Ort und Datum:
