

Kardiologie

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

Information und Patienteneinverständniserklärung **Katheter-Verschluss des linken Vorhofsohr bei Vorhofflimmern**

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 orientiert, dass während der Durchführung der Katheter-Behandlung, je nach Situation, zusätzliche Massnahmen getroffen werden müssen, um das bestmögliche Resultat zu erreichen.

In wenigen Fällen (ca. 5%) kann die Schirmplatzierung nicht durchgeführt werden. In den meisten Fällen (ca. 95%) gelingt das Einsetzen des Schirms in das linke Vorhofsohr. Die Therapie mit blutverdünnenden Medikamenten wird danach in der Regel noch für 6 Monate weitergeführt.

Obwohl der Eingriff in der Regel problemlos verläuft, können auch ernsthafte Komplikationen auftreten. Eine Einblutung in den Herzbeutel tritt in ca. 2-4% der Fälle auf. In diesem Fall muss über einen Zugang unterhalb des Brustbeins eine Drainage eingelegt werden und in seltenen Fällen mit einer Herzoperation die Blutung gestoppt werden. In seltenen Fällen kann sich der Schirm kurz nach dem Einsetzen lösen und muss dann mittels Katheter oder mittels Operation aus dem Herzen oder einem Blutgefäss geborgen werden. Andere ernsthafte Komplikationen sind ein Schlaganfall oder eine Luftembolie, welche allerdings selten auftreten (< 1%).

Ansonsten wurde ich auch auf die allgemeinen Risiken einer Herzkatheter-Untersuchung aufmerksam gemacht und informiert, dass Blutungen, z.B. an der Einstichstelle und Störungen des Herzrhythmus auftreten können und behandelt werden müssen. Andere ernste Komplikationen (schwere Allergien auf verwendete Medikamente, Nierenversagen, Durchblutungsstörungen und Gerinselbildung in den Arterien, Tod treten selten auf (<1%).

Da ein kleines Risiko einer bakteriellen Infektion besteht, werde ich ein Antibiotikum erhalten und während einigen Monaten bei Zahn- oder sonstigen Eingriffen oder fiebrigen Erkrankungen 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.

Platz für eine Skizze/persönliche Notizen:

Bitte sprechen Sie mit uns,

falls Sie etwas nicht verstanden haben, oder wenn Ihnen etwas wichtig scheint, was in diesem Schreiben oder im persönlichen Gespräch mit Ihrem Arzt nicht erwähnt wurde.

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 Patienteninformation 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: _____