

## Kardiologie

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

## Information und Patienteneinverständniserklärung Kardioversion von Vorhofflimmern/-flattern

Liebe Patientin  
Lieber Patient

Dieses Informationsblatt und ein Aufklärungsgespräch sollen Sie über Grund, Ablauf und mögliche Komplikationen der geplanten Kardioversion informieren.

### Warum eine Elektrokardioversion?

Ihre Ärztin/Ihr Arzt hat festgestellt, dass bei Ihnen Vorhofflimmern oder -flattern (eine Herzrhythmusstörung mit zu raschem Schlagen der Vorhöfe) besteht. Diese Herzrhythmusstörung kann zu Beschwerden wie Atemnot, Schwindel oder einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit führen und mittelfristig die Funktion Ihres Herzens beeinträchtigen. Neben der medikamentösen und der interventionellen Behandlung dieser Rhythmusstörung, welche bei Ihnen bisher nicht wirksam war, nicht möglich oder gar nicht sinnvoll ist, gibt es die Behandlung mittels Elektroschock, die Kardioversion.

### Was ist eine Elektrokardioversion und wie läuft diese ab?

Die Behandlung findet auf unserer Überwachungsstation statt. Auf Ihrem Brustkorb werden zwei grossflächige Elektroden angebracht (vgl. Abbildung auf Rückseite). Darüber wird ein kurzer Stromstoss abgegeben, welcher die bestehende Herzrhythmusstörung beendet und so Ihr Herz wieder normal schlagen lässt. Damit Sie von diesem Stromstoss nichts spüren, wird zuvor eine kurze Narkose eingeleitet. Ihnen wird ein Schmerzmittel und ein starkes, kurz wirksames Schlafmittel intravenös gespritzt und zusätzlich Sauerstoff über eine Maske verabreicht. Die Narkose dauert in der Regel nur wenige Minuten.

Damit während der kurzen Narkose kein Mageninhalt in die Luftröhre resp. in die Lungen geraten kann, müssen Sie am Behandlungstag nüchtern bleiben (das heisst mindestens 6 h vorher nichts essen oder trinken). Die Einnahme von Tabletten mit einem kleinen Schluck Wasser ist erlaubt. Allfällige Zahnprothesen werden kurz vor der Behandlung entfernt.

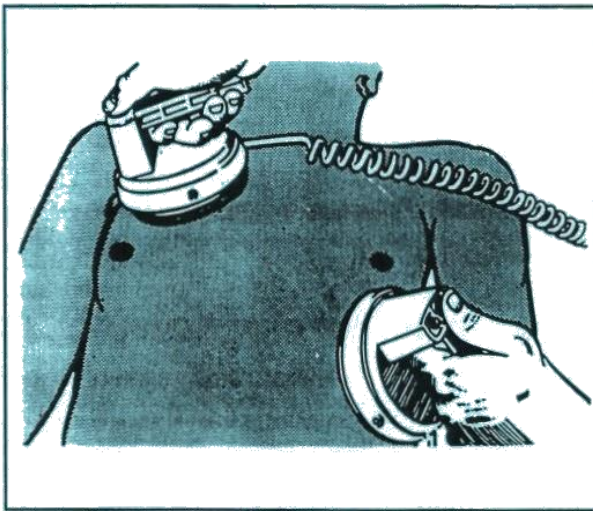
Nach der Behandlung bleiben Sie noch 1 Stunde auf der Überwachungsstation. In dieser Zeit wird Ihr Herzrhythmus, der Blutdruck und die Atmung weiter überwacht, bis die Wirkung der Narkosemittel vollständig abgeklungen ist.

Sehr wichtig ist eine gute Blutverdünnung. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird deshalb ganz genau nachfragen, ob die entsprechenden Medikamente korrekt eingenommen wurden. In Ihrem eigenen Interesse bitten wir Sie, uns hierzu unbedingt die Wahrheit zu sagen. Allenfalls wird nochmals das Ausmass der Blutverdünnung mit einer Quick/INR-Bestimmung getestet.

## Mögliche Komplikationen

Obwohl diese Elektrobehandlung meistens problemlos verläuft, kann es zu Nebenwirkungen und in seltenen Fällen zu Komplikationen kommen. Relativ häufig entstehen an den zwei Orten auf dem Brustkorb, an welchen der Stromstoss abgegeben wird, Hautreizungen (ähnlich einem leichten Sonnenbrand). Diese sind aber vorübergehender Natur und können einfach mit einer Salbe behandelt werden. Eine weitere mögliche Nebenwirkung wäre eine Überempfindlichkeits-Reaktion auf ein verwendetes Narkosemittel. Sollten Sie bereits einmal allergisch auf ein Medikament reagiert haben, teilen Sie uns dies bitte mit! Schwere Komplikationen wie Narkose-Zwischenfälle, Auftreten anderer Herzrhythmusstörungen oder Ausschwemmen von Blutgerinnseln aus dem Herzen (Embolien) sind sehr selten.

### Abbildung:



### 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**

Herr/Frau Dr. .... hat mit mir heute anhand dieses Informationsblattes ein 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 Behandlung durchführen zu lassen.

Unterschrift Patient(in): .....

Unterschrift Arzt (Ärztin): .....

Ort und Datum: .....

## **Einverständniserklärung zur Datensammlung und -auswertung**

Ich bin mit der Sammlung und Auswertung der wissenschaftlichen Daten meiner Behandlung in verschlüsselter, elektronischer Form einverstanden. Bei Notwendigkeit ist zur Qualitätssicherung die Rückverfolgung der Daten gewährleistet. Wir sichern Ihnen ein uneingeschränktes Auskunftsrecht zu, die über Sie archivierten Daten einzusehen.

Unterschrift Patient(in): .....

Ort und Datum .....