

## Kardiologie

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

### Information und Patienteneinverständniserklärung

## **Katheterbehandlung eines Lecks zwischen den rechten und linken Herzhöhlen, d.h. Vorhofseptumdefekt, Verschluss eines offenen Foramen ovale (ASO, PFO) oder eines Ventrikelseptumdefekts (VSD)**

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

Ich wurde über den Zweck, die Erfolgchancen und das Risiko sowie andere Behandlungsmöglichkeiten informiert. Ich weiss, dass während der Durchführung der Katheterbehandlung mein Arzt (meine Ärztin) je nach Situation zusätzliche Massnahmen treffen muss, um das bestmögliche Resultat zu erreichen. Dies kann insbesondere den Einsatz einer Ultraschalluntersuchung durch die Speiseröhre (transösophageale Echokardiographie) oder einer Ultraschalluntersuchung im Herzen (intrakardiale Ultraschalluntersuchung) notwendig machen. Ich weiss, dass in wenigen Fällen die Schirmplatzierung nicht durchgeführt werden kann und eine notfallmässige oder geplante operative Behandlung angeschlossen werden muss.

Ich bin darüber orientiert, dass sich in seltenen Fällen (< 1% der Schirm kurz nach dem Einsetzen lösen kann und dann mittels Katheter oder mittels Operation aus dem Herzen oder einem Blutgefäss herausgeholt werden muss. Ich weiss, dass der Eingriff für ein halbes Jahr die Therapie mit blutgerinnungshemmenden Medikamenten nötig macht. Andere ernsthafte Komplikationen sind eine Luftembolie in die Arterien oder eine Verletzung von Blutgefässen. Diese treten insgesamt sehr selten (< 1%) auf. Ich weiss, dass es nach der Schirmimplantation vorübergehend zu Störungen des Herzrhythmus kommen kann, welche medikamentös behandelt werden müssen.

Ich bin orientiert worden, dass in wenigen Fällen eine Lücke fortbestehen und eine zweite Behandlung nötig sein kann.

Ich wurde auch auf die allgemeinen Risiken einer Herzkatheteruntersuchung aufmerksam gemacht. Ich weiss, dass Blutungen, z. B. an der Einstichstelle und Störungen des Herzrhythmus auftreten können und behandelt werden müssen. Andere ernste Komplikationen (schwere Allergie auf verwendete Medikamente, Durchblutungsstörungen der Arterien und Gerinnselbildung in den Arterien, Nierenstörungen, Schlaganfälle usw.) treten bei weniger als 1% der Patienten auf.

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 Antibiotika zur Vorbeugung einnehmen müssen.

## **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 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 : \_\_\_\_\_