

Kardiologie

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

Information und Einverständniserklärung

Für die Katheterbehandlung eines Lecks zwischen den rechten und linken Herzhöhlen, d.h. Vorhofseptumdefekt, Verschluss eines offenen Formaren ovale (ASD, PFO) oder eines Ventrikelseptumsdefekt (VSD)

Liebe Patientin
Lieber Patient

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 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 Prozent) der Schirm kurz nach dem Einsetzen lösen kann und dann mittels Katheters oder mittels Operation aus dem Herzen oder einem Blutgefäss herausgeholt werden muss. Ich weiss, dass die Behandlung für ein halbes Jahr die Behandlung 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 Prozent) 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 kann 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 Prozent 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.

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.

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: _____

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 :