

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

FÜR DEN WECHSEL EINES CARDIOVERTER-DEFIBRILLATORS

Lieber Patient
Liebe Patientin

Im Rahmen der routinemässigen Kontrolle Ihres ICD-Defibrillators wurde vor kurzem festgestellt, dass seine Batterie am Ende der Lebenszeit angekommen ist. Aus diesem Grunde wurden Sie zum Wechsel des ICDs angemeldet.

Operationsverfahren

Grundsätzlich erfolgt der Eingriff ähnlich wie beim erstmaligen Einsetzen des Defibrillators. Der Eingriff wird in der Regel in örtlicher Betäubung, unterstützt von Beruhigungs- und Schmerzmitteln durchgeführt. Nach einem Hautschnitt wird der alte Defibrillator freigelegt, die Sonden werden ab- und an das neue Gerät angeschraubt. Es erfolgen die üblichen Messungen, wie sie auch sonst bei den Routinekontrollen durchgeführt werden. Im Anschluss daran erfolgt der übliche Wundverschluss. Noch im Operationssaal wird in der Regel der ICD kontrolliert und die Programmierung, so gut dies möglich ist, in derselben Einstellung wie der alte ICD vorgenommen.

Mögliche Komplikationen

In aller Regel können die Elektroden belassen werden. Deshalb sind viele der Komplikationen, die bei einer erstmaligen ICD-Implantation möglich sind, ausgeschlossen. Unverändert kann es im Bereich des ICD zu Blutergüssen kommen, die allerdings selten so gross sind, dass im Verlauf die Wunde nochmals eröffnet werden muss (<1%). Aufgrund von vielen Studien ist es bekannt, dass nach einem ICD-Wechsel im Langzeitverlauf mit Infektionen im Bereich der Operationsstelle in 1 bis 2% der Fälle zu rechnen ist. Das jeweilige Vorgehen in einem solchen seltenen Fall muss individuell besprochen werden.

Nachkontrolle nach Wechsel eines ICD

Die ICD-Kontrollen finden wie bis anhin entweder bei uns oder bei Ihrem betreuenden Kardiologen statt. In der Regel genügt eine erste Kontrolle wieder nach 6 Monaten. Sofern selbstauflösende Fäden verwendet wurden, empfehlen wir eine Wundkontrolle 10 bis 14 Tage nach dem Eingriff, wurden nicht-selbstauflösende Fäden verwendet, müssten diese 10 bis 14 Tage später beim Hausarzt gezogen werden.

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

HerzGefässZentrum Im Park hat mit mir 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.

Ich bin damit einverstanden, dass meine im Zusammenhang mit dieser Behandlung stehenden persönlichen Daten zwecks Qualitätssicherung und Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit in einer zentralen, online zugänglichen, gesamtschweizerischen, elektronischen Datenbank der Stiftung für Herzschrittmacher und Elektrophysiologie gespeichert werden. Die dort gespeicherten Daten sind, ausgenommen für die Mitglieder des Behandlungsteams, den Benutzern nur in Form von anonymisierten Statistiken zugänglich.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten im Zusammenhang mit der erwähnten Datenbank online über das Internet übermittelt werden, wenn die angemessenen Sicherheitsmassnahmen getroffen worden sind. Weiter gebe ich mein Einverständnis dazu, dass von der erwähnten Stiftung für die elektronische Bearbeitung meiner Daten externe Informatik-Spezialisten beigezogen werden, vorausgesetzt, diese sind zur vertraulichen Behandlung meiner Daten verpflichtet.

Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass mir ein Recht auf Auskunft bezüglich der mich betreffenden Daten zusteht und ebenso, dass ich die vorliegende Erklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Es ist mir bewusst, dass im Fall eines Widerrufs dieser Erklärung die mich betreffenden Daten in der erwähnten Datenbank gelöscht werden.

Unterschrift Patient(in): _____

Ort und Datum: _____