

## **Information und Einverständniserklärung**

### **Fernüberwachung eines implantierten Gerätes**

**(Schrittmacher, Defibrillator oder Ereignisrekorder)**

#### **Liebe Patientin, lieber Patient**

Bei Ihnen wurde ein Schrittmacher, ein Defibrillator oder ein Ereignisrekorder implantiert. Ihr Arzt / Ihre Ärztin hat Ihnen empfohlen, per Fernüberwachung die korrekte Funktion dieses Gerätes zu überprüfen und personenbezogene Daten wie Name, Geburtsdatum, Adresse sowie medizinische Daten, wie z.B. das Auftreten von Rhythmusstörungen, zu übermitteln.

#### **Funktionsweise der Fernüberwachung**

Sie erhalten eine Empfängerstation, welche Sie neben Ihrem Bett platzieren. Diese wird sich jeweils nachts automatisch mit dem implantierten Gerät verbinden, und Daten herunterladen. Sie haben je nach System auch die Möglichkeit, dies manuell oder über eine entsprechende Applikation in Ihrem Smartphone zu veranlassen. Die Daten werden per Mobilfunknetz an eine internationale Zentrale übermittelt, welche die Daten aufbereitet und uns zur Verfügung stellt. Beim Auftreten von vordefinierten Ereignissen, wie zum Beispiel Rhythmusstörungen oder Funktionsstörungen des Gerätes, erhalten wir zusätzlich eine Mitteilung.

#### **Wichtige Hinweise im Zusammenhang mit der Fernüberwachung**

- Nach bisheriger Erfahrung wird durch die Fernüberwachung von implantierten Geräten die Patientensicherheit erhöht. Allerdings kann auch mittels Fernüberwachung nicht jede die Gesundheit gefährdende Situation rechtzeitig erkannt werden. Durch die Fernüberwachung können selten auch Warnhinweise in unberechtigten Situationen erfolgen.
- Die Fernüberwachung funktioniert nur im Zusammenhang mit einer in der Nähe Ihres Bettes stationierten Empfängerstation oder mit einer entsprechenden Applikation in Ihrem Smartphone. Zudem muss eine Mobilfunknetzabdeckung vorhanden sein. Die Datenübertragung kann aus technischen Gründen fehlschlagen.
- Ihre Daten werden elektronisch übermittelt und verarbeitet. Personen, welche für den Unterhalt des Systems der Fernüberwachung zuständig sind, können Ihre Daten einsehen und in anonymisierter Form für die Verbesserung der Implantatfunktion, zur Überprüfung der Systemaktualisierung sowie zu weiteren Forschungsarbeiten verwenden.
- Im Notfall oder bei Beschwerden müssen Sie sich weiterhin in ärztliche Behandlung begeben. Insbesondere kann die Beachtung allfälliger Alarme durch das implantierte Gerät (z.B. akustische Signale oder Vibrationsalarme) nicht durch die Fernüberwachung ersetzt werden.
- Bitte beachten Sie, dass wir die per Fernüberwachung übermittelten Daten jeweils an regulären Arbeitstagen zwischen 08.00h und 18.00h bearbeiten. Wird per Fernüberwachung ein Ereignis gemeldet, können deshalb frühestens am ersten Arbeitstag nach Datenübermittlung allfällig notwendige Massnahmen getroffen werden.
- Die Fernüberwachung Ihres Gerätes kann auf Ihren Wunsch hin jederzeit beendet werden. Ebenso kann die Teilnahme an der Fernüberwachung, nach vorgängiger Information, auch durch Ihren Arzt beendet werden.
- Um die Fernüberwachung Ihres Gerätes sicherstellen zu können, werden Ihre Daten in andere Länder übermittelt, welche möglicherweise nicht über identische Datenschutzbestimmungen wie die Schweiz verfügen. Damit Unberechtigte keinen Zugriff auf Ihre Personendaten erhalten, werden entsprechende technologische Sicherheitsmassnahmen (Verschlüsselung/Kodierung) angewendet.

**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 Fernüberwachung**

Die unterzeichnende Ärztin / der unterzeichnende Arzt hat mit mir anhand dieser Informationsschrift ein abschliessendes Aufklärungsgespräch geführt. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen. Ich erkläre mich hiermit mit der Fernüberwachung und der dazugehörigen Datenübermittlung und -verwendung einverstanden.

Ort und Datum: .....

Unterschrift Patient(in): .....

Unterschrift Arzt (Ärztin): .....