

# **Information und Einverständniserklärung**

## **Geräteaustausch eines Herzschrittmachers wegen Batterieerschöpfung**

Liebe Patientin, lieber Patient

Die Voruntersuchungen haben ergeben, dass die Batterie Ihres Herzschrittmachers in kurzer Zeit erschöpft sein wird. Wir haben Ihnen deshalb den Geräteaustausch empfohlen.

### **Operationsverfahren**

Der Eingriff wird in der Regel in örtlicher Betäubung durchgeführt. Durch einen kurzen Hautschnitt über die vorbestehende Narbe wird der Herzschrittmacher freigelegt, die angeschlossenen Sonden vom Gerät losgeschraubt und nach Überprüfung und Sicherstellung ihrer korrekten Funktion werden diese am neuen Herzschrittmacher angeschlossen. Dieser wird in die vorbestehende Gewebetasche eingepflanzt und neu programmiert. Die korrekte Stimulation Ihres Herzens wird während der gesamten Operation gewährleistet sein. Manchmal kann dafür die vorübergehende Einlage einer Sonde notwendig sein, die durch ein Gefäß in der Leiste, am Hals oder am Oberkörper erfolgt.

### **Mögliche Komplikationen**

Obwohl diese Operationen meistens problemlos verlaufen, kann es in seltenen Fällen zu Komplikationen kommen. Im Bereiche der Operationswunde kann ein Bluterguss auftreten. Selten kann es zu Infektionen kommen, die eine spezielle Behandlung erforderlich machen. Ebenfalls selten sind Verletzungen der Sonden beim Freilegen des Schrittmachers. Das kann zusätzlich zum Gerätewechsel die Implantation einer neuen Schrittmachersonde oder sehr selten auch deren Entfernung bedingen. Schwere Gesundheitsschädigungen oder gar der Tod als Folge eines Schrittmacherwechsels sind äusserst selten und der Nutzen des Eingriffes überwiegt dessen Risiken bei weitem.

### **Nachbehandlung und erste Nachkontrolle nach Austausch eines Schrittmachers**

Nach dem Schrittmacherwechsel wird eine kurze Bettruhe notwendig sein. Das Führen eines Motorfahrzeuges oder die Bedienung gefährlicher Maschinen wird Ihnen während etwa einer Woche nicht möglich sein. Falls es nach Spitalentlassung im Bereich der Operationsnarbe zu einer Schwellung kommen sollte, verständigen Sie uns bitte sofort. Die erste Schrittmacher-Kontrolle findet in der Regel 1 Jahr nach dem Gerätewechsel statt.

### **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 Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt nicht erwähnt wurde.

### **Einverständniserklärung**

HerzGefässZentrum Im Park hat mit mir ein abschliessendes Aufklärungsgespräch geführt. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen. Nach ausreichender Bedenkzeit und vollständiger Beantwortung meiner Fragen erkläre ich mich hiermit bereit, die vorgeschlagene Operation durchführen zu lassen. Ich bin mit allfälligen, unmittelbar notwendigen Folgeeingriffen einverstanden.

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: .....