

Schrittmacher-Aggregat-Wechsel

Einverständniserklärung / Merkblatt zum ärztlichen Aufklärungsgespräch

Untersuchungsdatum

Zeit

Wir möchten Sie vorgängig über den Eingriff und die Risiken informieren. Bitte notieren Sie sich allfällige Fragen auf der Rückseite.

Bringen Sie bitte dieses Merkblatt zur Untersuchung mit!

Weshalb dieser Eingriff?

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

Wie läuft dieser Eingriff ab?

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.

Welche Risiken sind mit diesem Eingriff verbunden?

Obwohl diese Operation meistens problemlos verläuft, kann es in seltenen Fällen zu Komplikationen kommen. Im Bereich der Operationswunde kann ein Bluterguss auftreten. Selten kann es zu Infektionen kommen, die eine spezielle Behandlung eventuell auch eine Entfernung des Schrittmachers und der Elektroden 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.

Wie verhalte ich mich nach dem Eingriff?

Wenige Stunden nach dem Eingriff kommt der Arzt bei Ihnen zur Kontrolle vorbei.

Es ist wichtig, dass Sie den Arm der operierten Seite schonen.

Duschen ist erlaubt, jedoch sollte kein Wasser auf die Wunde gelangen. Sie erhalten von uns einen neuen Herzschrittmacherpass, den sie immer bei sich tragen sollten. Er enthält alle wichtigen Angaben für den Notfall (Typ und Einstellung des Herzschrittmachers).

Nachkontrollen nach Einpflanzung des Schrittmachers?

Nach dem Schrittmacherwechsel wird eine kurze Bettruhe notwendig 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 6-12 Monate nach dem Gerätewechsel statt.

Zur Verminderung des Komplikationsrisikos bitten wir Sie folgende Anweisungen folgende Fragen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten:

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? (z.B. Aspirin®, Tiatral®, Trental®, Plavix®, Efient®, Clopidogrel®, Brillique®, Marcoumar®, Sintrom®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®)	nein	ja
Besteht eine vermehrte Neigung zu Blutungen? (auch bei kleinen Verletzungen z.B. Zahnextraktion)?	nein	ja
Besteht eine Allergie auf bestimmte Medikamente oder Jod?	nein	ja, welche:

Ich, die/der Unterzeichnende habe von diesem Merkblatt Kenntnis genommen und wurde durch die/den Ärztin/Arzt in einem Gespräch über Diagnose, Art, Ablauf und Risiko der Untersuchung bzw. des Eingriffes in verständlicher Weise aufgeklärt. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Ich bin mit der Durchführung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt

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 Informatikspezialisten beigezogen werden, vorausgesetzt, diese sind zur vertraulichen Behandlung meiner Daten verpflichtet.

Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass mir ein Recht für 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.

Ort, Datum

Unterschrift Patient