# NAME: ........................................ VORNAME: ..................................

**GEBURTSDATUM: ....... / ....... / ................**

**Information und Einverständniserklärung**

**Einpflanzung eines kabellosen Herzschrittmachers**

Liebe Patientin, lieber Patient

Die Voruntersuchungen haben ergeben, dass bei Ihnen eine langsame Herzrhythmusstörung vorliegt. Diese kann eine starke Pulsverlangsamung, eine Leistungsminderung, Schwächegefühl, Atemnot, Schwindel oder gar Bewusstlosigkeit zur Folge haben. Da Medikamente für eine Dauerbehandlung Ihrer Erkrankung ungeeignet sind, wurde Ihnen die Einpflanzung eines - in Ihrer Situation kabellosen - Herzschrittmachers empfohlen. Damit kann die Schlagfolge des Herzens wiederum normalisiert werden.

**Operationsverfahren**

Nach örtlicher Betäubung in der Leiste wird unter Röntgenkontrolle schrittweise eine Einführhilfe und schliesslich der Implantationskatheter mit dem Herzschrittmacher in die rechte Herzkammer vorgeschoben. Nach Aufsuchen eines geeigneten Implantationsortes wird der Herzschrittmacher an der Innenwand des Herzens fixiert. Es erfolgen verschiedene Ausmessungen um die Funktion des Herzschrittmachers zu überprüfen, bevor dieser schliesslich definitiv freigesetzt wird. Der Einführkatheter wird anschliessend entfernt und die Einstichstelle mit einer Naht verschlossen.

**Mögliche Komplikationen**

Obwohl Herzschrittmacher-Implantationen meistens komplikationslos verlaufen, kann deren Risikofreiheit naturgemäss nicht garantiert werden. Im Bereich der Einstichstelle kann ein Bluterguss oder eine Nachblutung auftreten. Gefässverletzungen oder Infektionen sind selten, können aber eine spezielle Behandlung erforderlich machen.

Selten kann es durch den Implantationskatheter oder den Schrittmacher zu einer Verletzung von Gefässen, Herzklappen oder des Herzmuskels, eventuell mit Blutaustritt in den Herzbeutel oder in den Brustraum, kommen. Falls überhaupt nötig, kann in diesen Fällen das Blut meistens abgesaugt werden, eine Notoperation ist sehr selten nötig. Seltene Komplikationsmöglichkeiten bestehen in einer Lageveränderung des Schrittmachers im Herzen oder in einer technisch bedingten möglichen Fehlfunktion des Gerätes. Diese Situationen können Umprogrammie-rungen oder zusätzliche Interventionen zur Folge haben. Schwere Gesundheitsschädigungen oder gar der Tod sind eine Seltenheit.

Insgesamt sind die Risiken der Schrittmacher-Implantation gering, wobei der Nutzen bei weitem überwiegt.

**Nachkontrollen nach Einpflanzung eines Schrittmachers**

Nach der Einpflanzung eines Schrittmachers wird dieser entsprechend Ihrer Situation individuell programmiert. Eine erste Kontrolle findet in der Regel 1-3 Monate nach der Operation statt, um eine Feinanpassung und möglichst batteriesparende Programmierung vorzunehmen. Anschliessend wird der Schrittmacher ambulant in etwa jährlichen Abständen nachkontrolliert.

**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 zum Eingriff**

Herr/Frau Dr. ................................................................................... 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): ...............................................................................................

Ort und Datum: ...............................................................................................

Unterschrift Arzt / Ärztin: ...............................................................................................

**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 SwissEPnet der Schweizerischen Stiftung für Rhythmologie gespeichert werden. Die dort gespeicherten Daten sind, ausgenommen für die Mitglieder des Behandlungsteams, den Benutzern nur in Form von aggregierten Statistiken zugänglich. Alle Details zur Datenbearbei­tung in SwissEPnet finden sich in der Datenschutzerklä­rung https://swissepnet.ch/dataprotection.aspx .

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten im Zusammenhang mit der Datenbank SwissEPnet 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 SwissEPnet überschrieben bzw. unkenntlich gemacht werden.

Unterschrift Patient(in): ...............................................................................................

Ort und Datum: ...............................................................................................