

Kardiologie

Universitätsspital Basel
Petersgraben 4, CH-4031 Basel
Telefon +41 61 265 44 45, Fax +41 61 265 45 98

Information und Einverständniserklärung

Für die Herzkatheteruntersuchung und Behandlung von verengten oder verschlossenen Herzkranzgefässen (Ballonaufdehnung und ähnliches)

Liebe Patientin
Lieber Patient

Ich wurde über den bei mir vorgesehenen Eingriff mit Herzkatheter informiert und bin damit einverstanden.

Insbesondere wurde ich über den Zweck des Eingriffs und den Ablauf aufgeklärt. Das damit verbundene Risiko ist mir bekannt. Ich weiss, dass in seltenen Fällen bei Herzkatheteruntersuchungen Blutungen, z. B. an der Einstichstelle, und Störungen des Herzrhythmus auftreten können, die eine Behandlung notwendig machen. Andere ernsthafte Komplikationen (schwere Allergie auf verwendete Medikamente, Durchblutungsstörungen der Beine, Gerinnungsbildung in den Arterien, Nierenstörungen, Schlaganfälle usw.) sind sehr selten und treten in weniger als 1 Prozent der Untersuchungen auf.

Falls mir nach Darstellung der Herzkranzgefässe vom Arzt der Vorschlag zur Katheterbehandlung von eingengten Herzkranzgefässen (Ballonaufdehnung und Ähnliches) gemacht wird, bin ich damit einverstanden und verzichte auf zusätzliche Bedenkzeit. Ich wurde über den Zweck, die Erfolgchancen und das Risiko sowie andere Behandlungsmöglichkeiten informiert. Ich weiss, dass selten eine Gefässverengung zu einer Herzdurchblutungsstörung führen kann und wegen eines möglichen Herzinfarkts eine sofortige Bypass-Operation notwendig machen kann.

Während der Durchführung der Katheterbehandlung wird mein Arzt (meine Ärztin) je nach Situation Massnahmen treffen, um das bestmögliche Resultat zu erreichen. In den meisten Fällen wird ein sehr feines Metallnetz zur inneren Gefässstützung (Stent) eingesetzt. Der Stent wächst ohne Abstossung ins Gefäss ein. Ich weiss, dass ich zur Verhinderung einer Gerinnungsbildung im Stent während einigen Monaten zusätzliche plättchenhemmende Medikamente einnehmen muss. Bei 5–10 Prozent der Eingriffe kann es in den ersten Monaten zu einer erneuten Wiederverengung des Herzgefässes (zu einer so genannten Restenose) kommen, so dass eine erneute Behandlung oder eine Bypass-Operation notwendig wird.

Der Eingriff bzw. die Untersuchung wird unter Röntgenstrahlung durchgeführt. Es besteht somit eine gewisse Strahlenbelastung, welche aber so gering wie möglich gehalten wird. Aus grundsätzlichen Erwägungen sollte ein solcher Eingriff jedoch während einer Schwangerschaft nur im Notfall durchgeführt werden.

Ich habe die mir gegebenen Informationen verstanden. Meine Fragen wurden befriedigend beantwortet.

Platz für eine Skizze/persönliche Notizen:

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 Weitergabe von Daten an das Register SwissCaRe

Ich bin einverstanden, dass personenbezogene Daten zu meinem Eingriff und zu meiner Krankengeschichte inklusive meines Namens, Geschlechts und Geburtsdatums zwecks Qualitätssicherung und -förderung erfasst und an das nationale Qualitätsregister SwissCaRe übermittelt werden. Ich wurde über den Umfang und den Zweck der Datenübermittlung mittels Patienteninformation zum SwissCaRe Qualitätsregister, Version 1/2022, informiert. Meine allfälligen Fragen wurden beantwortet. Es wurde mir erklärt, dass meine Entscheidung zur Einwilligung oder Nicht-Einwilligung in die Datenübermittlung an das Register keinerlei Einfluss auf meine Behandlung haben. Ich weiss, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann, ohne Angabe von Gründen.

- JA, ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten ans SwissCaRe übermittelt werden
- NEIN, ich will nicht, dass meine personenbezogenen Daten übermittelt werden

Einverständniserklärung

Herr/Frau Dr. _____ hat mit mir heute 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: _____