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

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

# Information und Einverständniserklärung

### Elektrobehandlung von Herzrhythmusstörungen (Elektrokonversion, Kardioversion)

**Liebe Patientin, lieber Patient**

Aufgrund Ihrer Beschwerden und der bisherigen Untersuchungsbefunde ist bei Ihnen eine Elektro-
konversion einer Herzrhythmusstörung angezeigt. Mit dieser Behandlung soll die bei Ihnen festgestellte Rhythmusstörung beseitigt werden.

**Blutverdünnung**

Aufgrund der vorliegenden Rhythmusstörung besteht bei Ihnen die Gefahr, dass sich im Herzen Blutgerinnsel bilden. Falls diese in die Zirkulation gelangen, können sie eine Arterie verstopfen und eine schwere Komplikation wie zum Beispiel einen Hirnschlag mit bleibenden Lähmungen oder gar den Tod zur Folge haben. Um eine solche Komplikation möglichst zu vermeiden, muss vor der Elektrokonversion eine Blutverdünnung durchgeführt werden. Alternativ (selten auch ergänzend) kann vorher eine Ultraschalluntersuchung des Herzens über die Speiseröhre erfolgen, um vorbestehende Gerinnsel auszuschliessen (Einzelheiten dieser Untersuchung würden gesondert mit Ihnen besprochen werden). Während und nach der Elektrokonversion muss zwingend eine Blutverdünnung durchgeführt werden.

Falls die Blutverdünnung bei Ihnen mit Marcoumar oder mit Sintrom durchgeführt wird, müssen Sie den entsprechenden Ausweis mit den INR- bzw. den Quickwerten mitbringen. Falls die Blutverdünnung mit einem anderen Medikament erfolgt, wird hier die korrekte Therapie notiert:

Medikament: ................................................... Dosierung: ...................... mg

Einnahmevorschrift: □ 1 x täglich □ 2 x täglich □ mit dem Essen

Behandlungsbeginn: ................................................... (Datum)

Die korrekte und die lückenlose Einnahme der blutverdünnenden Medikamente vor und nach der Elektrokonversion ist von entscheidender Wichtigkeit für Ihre Sicherheit. Eine nicht korrekte oder lückenhafte Einnahme kann zu schweren Komplikationen wie zu der Bildung eines Gerinnsels, zu einem Hirnschlag mit bleibenden Lähmungen oder gar zum Tod führen.

**Behandlungsverfahren**

Zur Behandlung, die im allgemeinen ambulant durchgeführt werden kann, müssen Sie nüchtern sein (also 6 Stunden ohne Essen und Trinken). Vor dem Eingriff werden je nach Situation Blutwerte und Blutgerinnung kontrolliert, was eine Blutentnahme bedingt. Diese darf je nach Situation nicht mehr als sieben Tage zurückliegen oder muss vom Tag der Elektrokonversion stammen. Locker sitzende Zahnprothesen werden vor dem Eingriff entfernt werden. Auf Ihrem Brustkorb werden zwei breitflächige Elektrode angelegt. Über diese Elektroden wird ein kurzer Stromstoss ausgelöst, um Ihre Herzrhythmusstörung zu beseitigen und den normalen Herzschlag wieder herzustellen. Damit diese Behandlung schmerzlos ist, wird eine wenige Minuten dauernde Narkose durchgeführt.

**Mögliche Komplikationen**

Obwohl die Behandlung in aller Regel komplikationslos verläuft, kann deren Risikofreiheit naturgemäss nicht garantiert werden. Abgesehen von vorübergehenden Hautreizungen auf der Brust durch das Auflegen/Aufkleben von Elektroden für die Abgabe des Stromstosses sind von der eigentlichen Behandlung keine nachteiligen Folgen zu erwarten. Überempfindlichkeitsreaktionen auf die Betäubungsmittel, Narkosezwischenfälle, das Auftreten andersartiger Rhythmusstörungen oder die Ausschwemmung von Blutgerinnseln aus dem Herzen trotz Blutverdünnung sind sehr seltene Komplikationen. Insgesamt überwiegt der Nutzen dieses Eingriffes die Risiken bei weitem.

**Nach der Behandlung/Elektrokonversion**

Nach der Behandlung müssen Sie gemäss Anweisung des Arztes Bettruhe einhalten. Die Narkose muss vollständig abklingen, bevor Sie essen, trinken oder aufstehen dürfen. Am gleichen Tag dürfen Sie nach der Narkose weder arbeiten noch ist das Führen eines Kraftfahrzeuges oder anderer Fahrzeuge im öffentlichen Strassenverkehr gestattet. Die korrekte Fortführung der Blutverdünnung ist ganz wichtig. Fragen Sie bei Unklarheiten unbedingt Ihren Arzt.

**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**

Herr/Frau Dr. ................................................ hat mit mir ein abschliessendes Aufklärungsgespräch geführt. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen. Nach vollständiger Beantwortung meiner Fragen erkläre ich mich bereit, die vorgeschlagene Behandlung durchführen zu lassen. Ich bin mit allfälligen unmittelbar notwendigen Folgeeingriffen einverstanden.

Ich erkläre, die blutverdünnenden Medikamente in den drei Wochen vor der Elektrokonversion korrekt wie auf S. 1 dieser Erklärung beschrieben und lückenlos eingenommen zu haben. Ich habe verstanden, dass eine nicht korrekte oder lückenhafte Einnahme dieser Medikamente für mich schwere gesundheitliche Schäden zur Folge haben kann.

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

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

Unterschrift Arzt (Ärztin): ...........................................................................................................

Ich bin mit einer Sammlung und Auswertung der wissenschaftlichen Daten meiner Behandlung in verschlüsselter Form einverstanden. Bei Notwendigkeit ist zur Qualitätssicherung die Rückverfolgbarkeit der Daten gewährleistet. Wir sichern Ihnen ein uneingeschränktes Auskunftsrecht zu, die über Sie archivierten Daten einzusehen. Diese Einwilligung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen dabei irgendwelche Nachteile entstehen. In diesem Falle würden alle Sie betreffenden Daten vollständig und definitiv gelöscht.

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

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