FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC
**Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc**
Tel. 588 441 111, E-Mail: info@fnol.cz
Ident. Nr.: 00098892



# Informierte Einwilligung des Patienten (gesetzlichen Vertreters des Patienten) zur Implantation eines Kardioverters-Defibrillators

| | |
|---|---|
| Patient(in) – Vor- und Nachname: | Geburtsnummer (Versicherungsnummer): |
| Geburtsdatum: (wenn keine Geburtsnummer) | Kode der Krankenversicherung: |
| Hauptwohnsitz des Patienten: (eventuell eine andere Adresse) | |
| Name des gesetzlichen Vertreters (Vormundes): | Geburtsnummer: |

## Bezeichnung des Eingriffes

**Einsatz eines Kardioverters-Defibrillators**

## Zweck des Eingriffes

Der Kardioverter-Defibrillator ist ein Gerät, dessen Hauptfunktion die Verhinderung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen mittels elektrischer Impulse oder elektrischer Entladungen mit einer geringen Energie ist. Bei schnellen Herzrhythmusstörungen (Kammertachykardie/Flutter) verhindert der Kardioverter-Defibrillator automatisch diese Störungen durch die Entsendung einer Serie von elektrischen Impulsen an das Herz. Im Fall des sogenannten Kammerflimmerns (das Sie sich als eine Art Krampf des Herzmuskels vorstellen können), verhindert der Kardioverter-Defibrillator diese Störung durch eine stärkere elektrische Entladung, die Sie als kurzen Sekundenschmerz im Herzbereich empfinden können. Nach der Auswertung aller Informationen haben wir uns dazu entschieden Ihnen eines Kardioverter-Defibrillator zu implantieren, der Ihre Beschwerden am besten beseitigt.

## Charakter des Eingriffes

Der Kardioverter-Defibrillator besteht aus zwei Teilen. Ein Teil – der eigentliche Kardioverter-Defibrillator befindet sich in einem Metallgehäuse und wird unter die Haut oder unter den Brustmuskel unter dem Schlüsselbein eingesetzt. Der zweite Teil des Systems ist die Defibrillationselektrode. Es handelt sich um eine elektrisch isolierte Feder, die unter der Kontrolle mit einem Röntgengerät über das Venensystem in den Bereich der Spitze/Herzkammerwand der rechten Herzkammer eingeführt wird. Das zweite Ende ist mit dem Kardioverter-Defibrillator verbunden. Wenn Sie gleichzeitig an einer Störung der Herzreize oder einer schwerwiegenden Herzschwäche leiden, können noch eine oder zwei weitere Elektroden zur Kardiostimulation in das Herz eingeführt werden – im Bereich des rechten Herzvorhofes und/oder im Bereich der Seitenwand der linken Herzkammer. Das ermöglicht die beste Art der Stimulation. Nachdem der Kardioverter-Defibrillator eingesetzt wurde muss sofort seine Funktion überprüft werden. Bei diesem Test wird künstlich eine sogenannte maligne (bösartige) Arrhythmie – Kammerflimmern hervorgerufen, die vom Gerät richtig erkannt und automatisch durch eine Entladung verhindert werden muss. Wenn das Gerät nicht funktioniert wird das Kammerflimmern durch einen bereitliegenden Defibrillator verhindert und die Defibrillationselektrode an einer anderen geeigneteren Stelle im Herz platziert. Dieser Test ist schmerzfrei, weil die hervorgerufene Arrhythmie den Herzkreislauf anhält und Sie für einen Moment das Bewusstsein verlieren.

## Voraussichtlicher Nutzen des Eingriffes

Der Kardioverter-Defibrillator sollte jene Beschwerden beseitigen, wegen welcher Ihnen empfohlen wurde sich diesem Eingriff zu unterziehen.

## Folgen des Eingriffes

Ein Erfolg von medizinischen Eingriffen und deren absolute Risikofreiheit können nie völlig garantiert werden. Alle eventuellen Komplikationen sind jedoch selten und behandelbar.

## Alternative zum Eingriff

Gegenwärtig existiert keine vergleichbare sichere und effektive Behandlungsmethode.

## Mögliche Risiken des gewählten Eingriffes

Die häufigsten möglichen Komplikationen sind:
- eindringende Luft in die Brustfellhöhle,
- eindringendes Blut in die Brustfell- oder Herzbeutelhöhle,
- Blutungen im Bereich des Einstiches in die Vene oder im Beutel des Herzschrittmachers,
- Infektion im Blut oder im Bereich des Herzschrittmachers,
- zu einem späteren Zeitpunkt kann es zu einer Störung der Funktion des Herzschrittmachers kommen,

entweder durch äußere Einflüsse (zum Beispiel Störung der Stimulation durch Elektrogeräte) oder innere Einflüsse (z.B. Störung des Stimulators oder der Stimulationselektrode.

Um das Risiko von Komplikationen und vor allem allergischer Reaktionen so gering wie möglich zu halten, beantworten Sie uns bitte folgende Fragen:

| ***Ausfüllmuster (markieren):*** **Kreisen Sie bitte die Antwort ein** | JA | NEIN |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. Neigen Sie bei kleineren Verletzungen oder beim Ziehen von Zähnen dazu stark zu bluten? | JA | NEIN |
| 2. Bilden sich auf Ihrer Haut sehr leicht Blutergüsse oder neigen Ihre Verwandten dazu (nur Blutsverwandte)? | JA | NEIN |
| 3. Leiden Sie an Heuschnupfen, Bronchialasthma, Intoleranzen gegen Lebensmittel, Medikamente, Pflaster, Medikamente zur örtlichen Betäubung? | JA | NEIN |
| 4. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen (z.B. Grüner Star, Epilepsie, Asthma, Diabetes, Herzschwäche)? **Wenn ja, an welchen?** | JA | NEIN |
| 5. Sind Sie schwanger? | JA | NEIN |

Damit wir die Stelle der Implantation des Kardioverters-Defibrillators so gut wie möglich Ihren Bedürfnissen anpassen können, beantworten Sie bitte folgende Frage (die zutreffende Antwort einkreisen):

**Ich bin:** ☐ **Rechtshänder(in)** ☐ **Linkshänder(in)**

**Zustimmung:**

| ***Ausfüllmuster (markieren):*** **Kreisen Sie bitte die Antwort ein** | JA | NEIN |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| Ich wurde verständlich über die Alternativen der im Fakultätskrankenhaus Olomouc durchgeführten Eingriffe informiert, aus denen ich wählen kann. | JA | NEIN |
| Ich wurde über die möglichen Einschränkungen im normalen Leben und meiner Arbeitsfähigkeit nach dem durchgeführten medizinischen Eingriff, im Fall einer möglichen oder erwarteten Veränderung des Gesundheitszustandes über die Änderungen der gesundheitlichen Eignung informiert. | JA | NEIN |
| Ich wurde über die Art der Behandlung und über die Präventivmaßnahmen informiert, die sich für die Durchführung der medizinischen Kontrolluntersuchungen eignen. | JA | NEIN |
| Ich habe alle Erklärungen und Informationen, die mir vom Arzt mitgeteilt und erklärt wurden verstanden, ich haben die Möglichkeit gehabt ergänzende Fragen zu stellen, die mir vom Arzt beantwortet wurden. | JA | NEIN |

| **Nachdem ich das oben Angeführte gelesen habe erkläre ich:** | | |
|---|---|---|
| - dass ich mit der vorgeschlagenen Behandlung und der Durchführung des Eingriffes im Fall einer auftretenden unerwarteten Komplikation einverstanden bin, die sofortige weitere Eingriffe erfordert um mein Leben und meine Gesundheit zu retten, ich bin mit deren Ausführung einverstanden. | JA | NEIN |
| - dass ich den Ärzten keine mir bekannten Angaben über meinen Gesundheitszustand verschwiegen habe, die meine Behandlung negativ beeinflussen oder meine Umgebung, insbesondere durch die Verbreitung einer ansteckenden Krankheit gefährden könnten. | JA | NEIN |
| - dass ich im erforderlichen Fall mein Zustimmung zur Entnahme von biologischem Material (Blut, Urin…) gebe, um erforderliche Untersuchungen durchführen zu können, um ansteckende Krankheiten ausschließen zu können. | JA | NEIN |

| Datum: | Uhrzeit | **Unterschrift** des(der) Patienten(Patientin) oder des gesetzlichen Vertreters(Vormundes) |
|---|---|---|
| | | |

| **Vorname Nachname** des Arztes(der Ärztin), der(die) die Informationen erteilt hat | **Unterschrift des Arztes (der Ärztin)**, der (die) die Informationen erteilt hat |
|---|---|
| | |

**Wenn der(die) Patient(in) nicht selber unterschreiben kann, geben Sie bitte die Gründe an, warum der(die) Patient(in) nicht unterschreiben konnte:**

**Wie hat der(die) Patient(in) seine(ihre) Einwilligung erteilt:**

| Vorname und Nachname des medizinischen Mitarbeiters/Zeuge | Unterschrift des medizinischen Mitarbeiters/Zeuge | Datum: | Uhrzeit |
|---|---|---|---|
| | | | |