

Kardiologie

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

Information und Einverständniserklärung ICD-Schockkontrolle

Liebe Patientin
Lieber Patient

Aus einem bestimmten Grund, den Ihnen Ihr betreuender Arzt / Ihre betreuende Ärztin im Vorfeld erklärt hat, muss bei Ihnen der ICD (Defibrillator) nochmals ausgetestet werden. Damit Sie die Austestung des Defibrillators nicht als unangenehm empfinden, ist eine leichte Narkose notwendig.

ICD-Schockkontrolle

Sie erhalten zuerst einen Zugang in die Vene gelegt. Anschliessend werden Ihnen über diesen Zugang Medikamente gespritzt. Sie werden innerhalb von 1-3 Minuten in einen tiefen Schlaf fallen. Danach wird mit einem speziellen technischen Mechanismus das Herz gereizt und ein sogenanntes Kammerflimmern ausgelöst, die gefährlichste Rhythmusstörung. Der Defibrillator wird dieses Kammerflimmern entdecken und mit einem Elektroschock beenden. Sollte dies aus irgendeinem Grund nicht möglich sein, werden wir über den externen Defibrillator einen Elektroschock abgeben, der die Rhythmusstörung beendet. Von all diesen Massnahmen werden Sie nichts spüren.

Nach dem Schocktest

Nach einer Überwachungszeit von etwa einer Stunde können Sie wieder nach Hause gehen. Vorher wird Ihnen der Arzt / die Ärztin die Resultate mitteilen und allfällige Massnahmen mit

Ihnen besprechen. Wir empfehlen Ihnen, nicht selber Auto zu fahren, sondern ein öffentliches Verkehrsmittel zu benützen oder sich von einer Begleitperson ins Spital fahren zu lassen.

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

Ich habe diese Information gelesen und verstanden. Zu der vorgeschlagenen Untersuchung erkläre ich mich hiermit bereit.

Unterschrift Patient(in): _____

Unterschrift Arzt (Ärztin): _____

Ort und Datum : _____

Einverständniserklärung zur Datensammlung und -auswertung

Ich bin mit der Sammlung und Auswertung der wissenschaftlichen Daten meiner Behandlung in verschlüsselter, elektronischer Form einverstanden. Bei Notwendigkeit ist zur Qualitätssicherung die Rückverfolgung der Daten gewährleistet. Wir sichern Ihnen ein uneingeschränktes Auskunftsrecht zu, die über Sie archivierten Daten einzusehen.

Unterschrift Patient(in):

Ort und Datum :