

_____, geb. _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

FÜR DIE HERZKATHETERUNTERSUCHUNG UND -BEHANDLUNG VON VERENG-
TEN ODER VERSCHLOSSENEN HERZKLANZGEFÄSSEN (BALLONAUFDEHNUNG
UND ÄHNLICHES)

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, Gerinnselbildung in den Arterien, Nierenstörungen, Schlaganfälle usw.) sind sehr selten und treten in weniger als ein Prozent der Untersuchungen auf.

Falls mir nach Darstellung der Herzkranzgefässe vom Arzt der Vorschlag zur Katheterbehandlung von eingeengten 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 Gerinnselbildung 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.

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

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient/in

Zürich, den