

# IMPLANTATION EINES EREIGNISREKORDERS (EVENTREKORDER)

Information und Anamnese für Patienten zur Vorbereitung des erforderlichen Aufklärungsgesprächs mit dem Arzt

Klinik / Praxis:



Patientendaten:

Der Eingriff ist vorgesehen am (Datum):

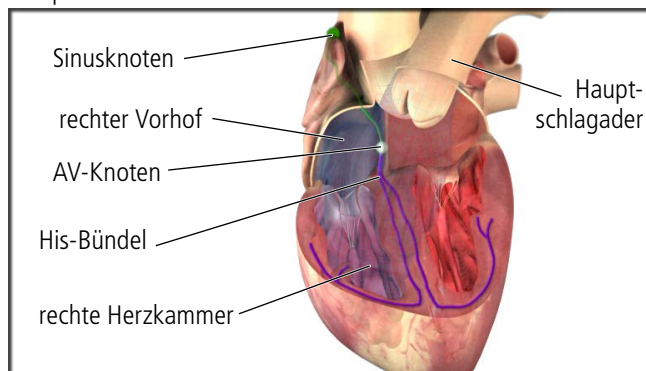
## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Abklärung Ihrer Herzrhythmusstörungen ist bei Ihnen die Implantation eines Ereignisrekorders geplant. Mit Hilfe des Gerätes kann Ihr Herzrhythmus über einen längeren Zeitraum überwacht werden.

Diese Informationen dienen zu Ihrer Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit dem Arzt. Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile der geplanten Maßnahme gegenüber Alternativmethoden erläutern und Sie über Ihre Risiken aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in den vorgeschlagenen Eingriff erteilen. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

### FUNKTION DES HERZENS

Das Herz besteht aus 2 Vorhöfen und 2 Kammern. Herzeigene elektrische Impulse sorgen für einen regelmäßigen Herzschlag. Diese Impulse werden normalerweise von speziellen Zellen im rechten Vorhof, dem Sinusknoten, erzeugt und über die Vorhofmuskulatur weitergeleitet. Dadurch ziehen sich die Vorhöfe zusammen und pumpen das Blut in die Herzkammern. Eine zweite Gruppe von Muskelzellen, der sog. AV-Knoten, nimmt das Signal auf und leitet es über ein spezielles Faser-Bündel (His-Bündel) an die Herzkammern weiter. Die Kammern ziehen sich mit einer kurzen Verzögerung nach den Vorhöfen zusammen und befördern dadurch das Blut in die Hauptschlagader und die Lunge. Beim gesunden Erwachsenen schlägt das Herz in Ruhe etwa 70 mal pro Minute.



Kommt es zu Störungen bei der Entstehung oder Weiterleitung der elektrischen Impulse, gerät das Herz außer Takt, was man als Herzrhythmusstörung bezeichnet. Das Herz schlägt dabei zu schnell, zu langsam oder unregelmäßig. Dies kann dazu führen, dass der Körper mit zu wenig Sauerstoff versorgt wird und es zu Schwindelgefühl, Schwächeanfällen oder Ohnmacht kommt.

### ABLAUF DES EINGRIFFES

Mit einem Ereignisrekorder sollen Herzrhythmusstörungen über einen längeren Zeitraum erfasst werden. Vor allem bei Rhyth-

musstörungen, die nur selten und unregelmäßig auftreten, bei plötzlichen Ohnmachtsanfällen oder als Therapiekontrolle nach einer Katheterablation ist der Ereignisrekorder häufig das Mittel der Wahl.

Der Eingriff findet in örtlicher Betäubung statt und dauert nur wenige Minuten. Bei Bedarf erhalten Sie zusätzlich ein leichtes Beruhigungs- oder Schlafmittel. Anschließend setzt der Arzt einen Hautschnitt von wenigen Zentimetern am linken Brustkorb zwischen der 1. und 4. Rippe. Er bereitet dann eine kleine „Tasche“ unterhalb der Haut vor und setzt den Ereignisrekorder ein. Abschließend wird der Schnitt mit kleinen Stichen vernäht.

Der Ereignisrekorder ist sehr klein und kann bei Bedarf 12 Monate oder länger im Körper verbleiben. Er zeichnet dabei automatisch starke Abweichungen des Herzrhythmus auf. Zusätzlich kann der Patient über eine Fernbedienung die Aufzeichnung des Rekorders beim Auftreten der Beschwerden manuell steuern. Die Daten können dann regelmäßig über das Handynet an den Arzt übertragen werden (Home Monitoring) und werden dann vom Arzt ausgewertet.

Nach Abschluss der Datenerfassung erfolgt dann das Entfernen des Ereignisrekorders auf die gleiche Weise wie das Einsetzen in einem kurzen Eingriff.

### ALTERNATIV-VERFAHREN

Alternativ zur Implantation eines Ereignisrekorders können Herzrhythmusstörungen auch mit einem portablen Ereignisrekorder aufgezeichnet werden. Hierbei legt der Patient bei spürbaren Herzbeschwerden das externe Gerät an den Brustkorb und zeichnet für wenige Minuten die Daten auf. Voraussetzung hierbei ist, dass der Patient die Herzrhythmusstörungen erkennt und das Gerät ordnungsgemäß anwenden kann. Ist dies nicht der Fall, kann ein externer Rekorder auch mit Klebeelektroden an der Haut fixiert werden. Das Gerät führt dann kontinuierliche Messungen durch.

Mit einem Langzeit-EKG über 24 Stunden können ebenfalls Herzrhythmusstörungen aufgezeichnet werden. Bei Störungen,

die nur sehr selten auftreten, besteht hier allerdings die Möglichkeit, dass es innerhalb der Messzeit nicht zu Veränderungen des Herzrhythmus kommt und damit keine auswertbaren Daten erfasst werden können.

Ihr Arzt erklärt Ihnen gerne die Alternativen und warum er in Ihrem Fall die Implantation eines Ereignisrekorders empfiehlt.

### ERFOLGSAUSSICHTEN

Mit dem Ereignisrekorder können Herzrhythmusstörungen in der Regel zuverlässig festgestellt werden. Dennoch kann es auch bei einer langfristigen Überwachung vorkommen, dass die Rhythmusstörungen nicht aufgezeichnet werden können. Dann kann eine andere Untersuchungsmethode notwendig werden.

Selten kann eine starke Muskelaktivität vom Ereignisrekorder als Rhythmusstörung fehlinterpretiert werden.

### HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Arztes und des Assistenzpersonals genauestens. Falls nichts anderes angeordnet, beachten Sie bitte folgende Verhaltenshinweise:

#### Vorbereitung:

**Medikamenteneinnahme:** Teilen Sie Ihrem Arzt mit, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen oder spritzen (insbesondere blutgerinnungshemmende Mittel wie Aspirin® (ASS), Marcumar®, Heparin, Plavix®, Ticlopidin, Clopidogrel, Eliquis®, Lixiana®, Xarelto®, Pradaxa® und metforminhaltige Antidiabetika, sog. „Biguanide“, bei Diabetikern) oder unregelmäßig in den letzten 8 Tagen vor dem Eingriff eingenommen haben (z. B. Schmerzmittel wie Ibuprofen, Paracetamol). Dazu gehören auch alle rezeptfreien und pflanzlichen Medikamente. Ihr Arzt informiert Sie, ob und für welchen Zeitraum Sie Ihre Medikamente absetzen müssen.

Für den Eingriff müssen Sie **nüchtern** sein. Bitte nehmen Sie daher mindestens 6 Stunden vor dem Eingriff keine Speisen und Getränke mehr zu sich und stellen Sie das Rauchen ein. Geringe Mengen klarer Flüssigkeit (z. B. 1 Glas Wasser) sind bis kurz vor der Implantation gestattet.

#### Nachsorge:

Die Fäden können nach einigen Tagen von Ihrem Hausarzt gezogen werden.

Der Ereignisrekorder zeichnet automatisch die Daten auf und übermittelt sie ggf. auch elektronisch an Ihren behandelnden Arzt. Kommt es zu spürbaren Herzrhythmusstörungen, sollten Sie dennoch schnellstmöglich Ihren Arzt aufsuchen.

Sie können den Ereignisrekorder auch **selbstständig** bedienen. Ihr Arzt wird Ihnen hierzu genaue Anweisungen geben.

Solange das Gerät Daten aufzeichnet, sind **regelmäßige Kontrollen** bei Ihrem Arzt notwendig. Nehmen Sie diese bitte gewissenhaft wahr.

Bitte informieren Sie sofort Ihren Arzt oder suchen Sie die Klinik auf, falls es zu **Blutungen aus der Wunde, Schwellungen, Schmerzen** oder **starken Wundrötungen** kommt oder Sie **Schmerzen in der Brust, schwere Herzrhythmusstörungen** oder **Atemnot** bemerken.

Wenn Sie ein Beruhigungs- und/oder Schmerzmittel erhalten haben, müssen Sie im Falle eines **ambulanten Eingriffs** von einer erwachsenen Person abgeholt werden und dürfen, falls nichts anderes angeordnet, für **24 Stunden nach dem Eingriff** nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen (auch nicht als Fußgänger), keine gefährlichen Tätigkeiten ausüben und sollten keine wichtigen Entscheidungen treffen.

### RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Es ist allgemein bekannt, dass **jeder medizinische Eingriff**, auch ein risikoarmes Verfahren wie die Implantation eines Ereignisrekorders, **Risiken birgt**. Kommt es zu Komplikationen, können diese zusätzliche Behandlungsmaßnahmen oder Operationen erfordern und im Extremfall auch im weiteren Verlauf einmal **lebensbedrohlich** sein oder bleibende Schäden hinterlassen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Sie aus rechtlichen Gründen über alle bekannten eingriffsspezifischen Risiken informieren müssen, auch wenn diese z. T. nur in Ausnahmefällen eintreten. Ihr Arzt wird im Gespräch auf Ihre individuellen Risiken näher eingehen. Sie können aber auch auf eine ausführliche Aufklärung verzichten. Überspringen Sie dann diesen Risiko-Abschnitt und bestätigen Sie dies bitte am Ende der Aufklärung.

**Blutergüsse (Hämatome)** im Bereich der Wunde treten gelegentlich auf. Dadurch können sich harte, schmerzhaft Schwellungen bilden. Meist verschwinden sie auch ohne Behandlung.

Bei verzögerter Wundheilung oder bei zu **Wundheilungsstörungen** neigenden Patienten kann es zu schmerzhafter Narbenbildung und Wucherungen (Keloide) kommen.

**Schädigungen von Haut, Weichteilen** bzw. **Nerven** z. B. durch Blutergüsse, Spritzenabszess, Desinfektionsmittel oder trotz ordnungsgemäßer Lagerung, sind selten. Taubheitsgefühl, Lähmungen und Schmerzen können die Folge sein. Meist sind diese vorübergehend. Selten bilden sich die Beschwerden trotz Behandlung nicht zurück oder es können Narben zurückbleiben.

**Infektionen** sind in den meisten Fällen mit Antibiotika gut behandelbar. Selten ist eine operative Behandlung erforderlich. In Ausnahmefällen kann eine nicht beherrschbare Infektion zu einer **lebensgefährlichen Blutvergiftung** (Sepsis) führen.

**Allergische Reaktionen**, z. B. auf Medikamente, Latex, den implantierten Rekorder, können zu Hautausschlag, Juckreiz, Schwellungen, Übelkeit und Husten führen. Schwerwiegende Reaktionen wie z. B. Atemnot, Krämpfe, Herzrasen oder **lebensbedrohliches Kreislaufversagen** sind selten. Dann können u. U. bleibende Organschäden wie Gehirnschäden, Lähmungen oder dialysepflichtiges Nierenversagen eintreten.

Kleine durch den Eingriff durchtrennte Hautnerven können zu einem eventuell bleibenden **Taubheitsgefühl** im Gebiet der Operationsnarbe führen.

## Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese)

Bitte beantworten Sie vor dem Aufklärungsgespräch die folgenden Fragen gewissenhaft und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Anhand Ihrer Informationen kann der Arzt das Eingriffsrisiko in Ihrem speziellen Fall besser abschätzen und wird ggf. Maßnahmen ergreifen, um Komplikationen und Nebenwirkungen vorzubeugen.

### Angaben zur Medikamenteneinnahme:

Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt?  ja  nein

Aspirin® (ASS),  Heparin,  Marcumar®,  
 Plavix®,  Ticlopidin,  Clopidogrel,  Xarelto®,  
 Pradaxa®,  Efient®,  Brilique®,  Eliquis®,  
 Iscover®.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Einnahme? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie andere Medikamente ein?**  ja  nein

Wenn ja, bitte auflisten: \_\_\_\_\_  
 (Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

**Sind Sie schwanger?**  nicht sicher  ja  nein

**Rauchen Sie?**  ja  nein

Wenn ja, was und wie viel täglich? \_\_\_\_\_

**Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:**

**Blutkrankung/Blutgerinnungsstörung?**  ja  nein

Erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung),  
 Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken, auch ohne besonderen Anlass)

Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Blutkrankungen/Blutgerinnungsstörungen?  ja  nein

**Allergie/Überempfindlichkeit?**  ja  nein

Medikamente,  Lebensmittel,  Kontrastmittel,  
 Jod,  Pflaster,  Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon)  Pollen (Gräser, Bäume),  Betäubungsmittel,  Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Blutgerinnsel (Thrombose)/ Gefäßverschluss (Embolie)?**  ja  nein

**Stoffwechsel-Erkrankungen?**  ja  nein

Diabetes (Zuckerkrankheit),  Gicht.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten?**  ja  nein

Hepatitis,  Tuberkulose,  HIV.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Neigung zu Wundheilungsstörungen, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung (Keloide)?**  ja  nein

**Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?**  ja  nein

Bitte kurz beschreiben: \_\_\_\_\_

## Wichtige Fragen für ambulante Eingriffe

Wer wird Sie abholen, sobald Sie aus Klinik/Praxis entlassen werden?

\_\_\_\_\_  
 Name und Lebensalter des Abholers

Wo sind Sie in den nächsten 24 Stunden nach dem Eingriff erreichbar?

\_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
 Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
 Name und Lebensalter der Aufsichtsperson

Wer ist Ihr überweisender Arzt / Hausarzt / weiter betreuender Arzt?

\_\_\_\_\_  
 Name

\_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
 Telefonnummer

(Falls bestimmte Antworten vorausgewählt sind, korrigieren Sie diese bitte, wenn sich bei Ihnen etwas geändert hat.)

## Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch

Wird vom Arzt ausgefüllt

Über folgende Themen (z. B. mögliche Komplikationen, die sich aus den spezifischen Risiken beim Patienten ergeben können, nähere Informationen zu den Alternativ-Methoden, mögliche Konsequenzen, wenn die Implantation verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten im Gespräch näher aufgeklärt:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:

- Der/Die Patient/in besitzt die Fähigkeit, eine eigenständige Entscheidung über den empfohlenen Eingriff zu treffen und seine/ihre Einwilligung zu erteilen.
- Der/Die Patient/in wird von einem Betreuer bzw. Vormund mit einer Betreuungsurkunde vertreten. Dieser ist in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

## Ablehnung des Patienten

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ hat mich umfassend über den bevorstehenden Eingriff und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die diesbezügliche Aufklärung verstanden und konnte meine Erkenntnisse über die mir erteilten Informationen mit dem Arzt diskutieren. Hiermit lehne ich die vorgeschlagene Implantation eines Eventrekorders ab.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Patientin / des Patienten / Betreuer / Vormund / ggf. des Zeugen

## Erklärung und Einwilligung des Patienten

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an und bestätigen Sie Ihre Erklärung anschließend mit Ihrer Unterschrift:

- Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe.** Diesen Aufklärungsbogen (4 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_\_ wurde ich über den Ablauf der geplanten Implantation eines Eventrekorders, deren Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall und über die Vor- und Nachteile der Alternativmethoden umfassend informiert.
- Ich verzichte bewusst auf eine ausführliche Aufklärung.** Ich bestätige hiermit allerdings, dass ich von dem behandelnden Arzt über die Erforderlichkeit des Eingriffs, dessen Art und Umfang sowie über den Umstand, dass die Implantation Risiken birgt, informiert wurde.

**Ich versichere, dass ich keine weiteren Fragen habe und keine zusätzliche Bedenkzeit benötige. Ich stimme mir vorgeschlagenen Implantation eines Eventrekorders zu.** Ich willige ebenfalls in alle notwendigen Neben- und Folgemaßnahmen ein. Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

E-Mail-Adresse

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Patientin / des Patienten / Betreuer / Vormund

Kopie:  erhalten

verzichtet \_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer / Vormund

## Ich bin mit dem Entfernen des Ereignisrekorders einverstanden und benötige keine erneute Aufklärung.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Patientin / Patient / Betreuer / Vormund

Unterschrift der Ärztin / des Arztes