

HIZ BERLIN

HERZSCHRITTMACHER - & ICD – ZENTRUM

Zentrale für Telemedizin

Hochschul-Lehrpraxis der H:G Hochschule für Gesundheit und Sport

Dr. med. Volker Leonhardt
Facharzt für Innere Medizin / VSP Kardiologie



Wisbyer Str. 16/17, 10439 Berlin
im Ärztehaus, Eingang Scherenbergstraße

Merkblatt zur **Stationären Herzschrittmacher – Operation** im _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Nach Durchsicht Ihrer Unterlagen und im Ergebnis unseres Gespräches habe ich Ihnen mitgeteilt, dass bei Ihnen die Notwendigkeit für eine stationäre Herzschrittmacher-Operation besteht.

Damit Vorbereitungen und Operation in aller Ruhe ablaufen können stelle ich Ihnen hier nochmals alle wesentlichen Punkte zusammen:

- Mit dem erhaltenen **Krankenhaus-Einweisungsschein** gehen Sie bitte zu Ihrer **Krankenkasse**. Diese wird die **Kostenübernahme** für die Operation auf dem Schein vermerken. (Entfällt, wenn auf Schein „Notfall“ angekreuzt ist)

- Begeben Sie sich bitte am _____, dem _____,
- um _____ Uhr, in das

Melden Sie sich bitte dort in _____.

- Das Krankenhaus weiß bereits, dass Sie kommen. Alles ist dort schon geregelt. Die notwendigen Unterlagen habe ich den Ärzten übergeben.

- Mitzubringen brauchen Sie neben Ihren persönlichen Sachen nur:
 - den Krankenhauseinweisungsschein (siehe oben) mit der Kostenübernahme Ihrer Krankenkasse
 - den von mir erhaltenen **Aufklärungsbogen** (ausgefüllt und unterschrieben)
 - Ihre Versichertenkarte (**Chipkarte**) und
 - Ihre **Medikamente** (bzw. **Medikamentenplan**)

- Nachdem am Vortag noch einige Voruntersuchungen durchgeführt werden erfolgt dann am

_____, dem _____

die **Operation durch mich** persönlich.

Bitte wenden

- Blutverdünnungsmedikamente können zu stärkeren Blutungen bei der Operation und danach führen. Deshalb:

☐ Falls Sie

- **Acetylsalizylsäure** (ASS 100, Aspirin, HerzASS, Godamed o.ä.)
oder
- Clopidogrel (**Plavix, Iscover**) einnehmen,

so **setzen Sie** es bitte

vom _____ bis zum _____ ab.

☐ Falls Sie Phenprocoumon (**Marcumar, Falithrom**) oder andere Blutverdünner
_____ einnehmen, so **setzen Sie** diese bitte

vom _____ bis zum _____ ab

- Spritzen Sie **dafür** in der genannten Zeit **jeden Tag _ x 1 Fertigspritze**
des von mir erhaltenen **Heparins**

_____ in die Bauchhaut.

Es gibt allerdings eine **Ausnahme:** **Am OP-Tag KEIN Heparin spritzen!**

- Spritzen Sie bitte **Kein Heparin** in dieser Zeit!

☐ **Zur OP muss der INR-Wert:**

- **unter 1,5 liegen.**
- **zwischen 2 und 2,5 liegen.**

Bitte legen Sie im Krankenhaus den aktuellen Wert vor!

- Und noch ein **Hinweis:** Sollten Sie **bis zur Operation** erkranken, z.B. an einer Erkältung mit **Fieber**, so rufen Sie bitte umgehend in der Praxis an. Wir werden dann einen **neuen OP-Termin** vereinbaren.

Bei eventuell noch offen gebliebenen Fragen können Sie oder Ihr behandelnder Arzt mich unter der bekannten Telefonnummer 030 – 44 823 59 gern zurückrufen.

Mit herzlichen Grüßen im Namen meines gesamten Teams, Ihr Dr. Volker Leonhardt