

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Alulírott (név) (szül. idő)
kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat
(..... név, szül. idő,
rokonsági fok) az alábbi betegségről, műtéti kezeléséről, invazív beavatkozásról a következők szerint kellő
mértékben és módon tájékoztattott.

SZABAD ZSÍRÁTÜLTETÉS

- 1. Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Testünkön szinte bárhol kialakulhat idővel vagy akár születésünk óta fennállhat olyan szövet hiány, amely saját szubjektív megítélésünk szerint esztétikai szempontból kedvezőtlen kontúr hiányt, deformitást jelent. Korrekciójának egyik lehetősége, hogy a hiányt másik testtájrról vett zsírsejtek szabad átültetésével korrigáljuk.
- 2. A beavatkozás célja, menete, technikája:** Előzetes megbeszélés során meghatározzuk, hogy mekkora térfogat pótlására van szükség. Ez egy becslést ad, amelynek módosítására akár a műtét során szükség lehet. Megbeszéljük azt is, hogy honnan érdemes és mekkora mennyiségű zsírt tudunk az adott területről eltávolítani. Gyakran több testtájékról is végzünk átültetéshez zsírsvívást. A zsírsvívás során a szöveteket egy erre a célra a nemzetközi irodalomba elfogadott oldattal (Klein oldat, amely fiziológiás sóban oldott Lidocain, adrenalint és Nátrium-bikarbonátot) tartalmaz, felduzzasztunk (tumescens technika), majd zsírsvívó kanülökkel steril körülmények között a kívánt mennyiséget az említett területekről eltávolítjuk. Az így nyert zsírt centrifugáljuk vagy dekantáljuk (üleptítjük) és a kapott zsírban gazdag komponens erre a célra kialakított kanülökkel juttatjuk be a töltési kívánt területre és ott megfelelő módon elosztatjuk azt.
Az adó terület térfogata a műtéti manipuláció kapcsán átmenetileg duzzadtabb lesz, mint a műtét előtt volt. Általában fél év szükséges a véglegesnek mondható eredmény kialakulásához, amely esetenként kompressziós ruházat viselésével gyorsítható. Az adó területen a zsírsvívásból adódóan felszíni egyenetlenség, irregularitás akár véglegesen is fenn maradhat. Bevérzés, átmeneti érzészavar vagy érzéscsökkenés szinte mindig fellép a beavatkozás kapcsán.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A beültetett zsír megtapadásáról biztos információval nem rendelkezünk. A siker nagyban múlik azon a szöveti ágyon, ahová a zsírsejteket beültetjük, múlik a zsírsejtek megtapadási képességén, amely egy fajta genetikai adottság. Előfordulhat az is, hogy részben vagy akár teljes egészében felszívódik az átültetett zsír. Ilyenkor újabb töltésre általában van lehetőség, ami további költséggel jár és a sikeressége továbbra sem garantálható.
Az adó és a fogadó területen esetleg fellépő fertőzés ronthatja a tervezett esztétikai viszonyokat, akár hosszas kezelést vagy további műtéteket is szükségessé tehet, amely révén a kozmetikai viszonyok a kiindulási helyzethez képest akár kedvezőtlenebbek is lehetnek.
A fogadó helyen is felléphet a műtét hatására kialakuló érzészavar-, csökkenés vagy akár tartós érzéskiesés is.

4. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

5. Egyénre szabott beteg tájékoztatás:

Folytatás a túloldalon!

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezelése során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyezem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyző nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyző nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.