

## 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.

### CSONT BEÜLTETÉS, ÁTÜLTETÉS, CSONTPÓTLÁS

- Az invazív beavatkozás (műtét) megnevezése:** Saját csontszövet, csontbankból származó csontszövet, vagy szintetikus csontpótló anyag beültetése csonthiánnyal járó elváltozások (törések) műtéti ellátása során.
- A beavatkozás célja:** Sérülést követő csonttörés és csontzömülés, vagy más okból történő csont lebomlás, felszívódás korrekciója, műtéti rekonstrukciója során amennyiben jelentős csonthiányt észlelünk, mely hátráltatná a törés gyógyulását, vagy a csonthiány kitöltése nélkül nagy eséllyel alakulna ki álízület és/vagy a törés redislocatio-ja vagy már kialakult álízület műtéti ellátása során a törvtvények felfrissítését követően, fertőzőes csontfelszívódás pótlására az észlelt üregeket a fent említett pótló anyagokkal töltjük ki.
- A beavatkozás menete, technikája:** A fent részletezett okokból kialakult csonthiány esetén, amennyiben szükségesnek látjuk a csonthiány kitöltését, úgy azt [1] saját csontszövettel, melyet az erre alkalmas donorterületről (csípőlapát, combcsont térdhez közeli régiója, singcsont könyökhöz közeli régiója, orsócsont csuklóhoz közeli régiója) eltávolítva átültetjük; [2] más emberből származó, csontbankból vett csontszövettel, azt a megfelelő méretűre formázva beültetjük; [3] szintetikus, csontszövethez hasonló anyaggal pótoljuk; [4] csonthoz hasonló tulajdonságokkal rendelkező fém-anyaggal pótoljuk a hiányt. Szükség szerint további fémrögzítővel láthatjuk el az átültetett rész helyben tartása, ill. a törésgyógyulás elősegítése végett.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Vérzés, izületi-, izület körüli vérömleny kialakulása, érzékszavar, mozgászavar, ér- és idegkárosodás, duzzanat, gyulladás, sebgyógyulás, fájdalom, az izület alkotórészeinek arteficiális károsodása, trombózis, embólia, átmeneti sántítás, tengelyeltérés, izületi felszínkárosodás visszamaradása, végtaghosszkülönbség visszamaradása, álízület, a beültetett csont felszívódása, kilökődése, halál.  
A műtétek általános érzéstelenítésével összefüggésben előforduló lehetséges szövődményeket lásd altató orvosi vizsgálati lap.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A fennálló panaszok visszamaradása, fokozódása, a csont és/vagy izület további, még ép részeinek károsodása. A csont és/vagy izület funkciójának súlyos, maradandó károsodása, mozgáskorlátozottság, deformitás, jelentős életminőség romlás, az izületi kopás felgyorsulása, álízület, törése redislocatio-ja. A gyógyszeres terápia lehetséges szövődményveszélyének fokozódása (máj, vese, emésztőrendszeri károsodások).
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Amennyiben a csontpótlás indikáció fennáll, a 3. pontban részletezett lehetőségek állnak rendelkezésünkre. Más lehetőség – ezeket nem alkalmazva – a saját szervezet, csontszövet regenerációjára számítás, várva annak kitöltődését.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!

## 8. Egyénre szabott betegtájékoztató:

### 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 tájékoztató megértése alapján minden kényszerből 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.