

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓ

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

TELJES TÉRDIZÜLETI PROTÉZIS BEÜLTETÉS

- 1. A beavatkozás célja:** a térdizületi fájdalom minél nagyobb fokú csökkentése + a térdizületi mozgásterjedelem javítása + a térd tengelydeformitásának korrekciója.
- 2. A beavatkozás menete, technikája:** az érintett térd kopott ízfelszíneinek eltávolítását követően fém-műanyag kombinációjú művi térdizület beültetése a comb-, illetve lábszárcsontba.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** vérzés, vérömleny-képződés, sebgyógyulási zavar, gennyesedés, ér-, idegkárosodás, sántítás, protézis lazulása, protézis ficama, protézis törése, protézis közeli csonttörés, protézis körüli meszesedés, végtaghossz különbség, tartós végtagi duzzanat, az adott végtag és térd körvonalának megváltozása, thrombosis, (tüdő)embólia, zavartság, agyi keringési zavar, szív működési zavar, szívinfarktus, szívleállás, halál.
- 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** a térdizületi és onnan kisugárzó fájdalmak fokozódása, állandósulása; a fájdalmak miatt a mozgáskészség csökkenése következményes testsúlynövekedéssel, szív- és érrendszeri szövődményekkel; a nem szteroid típusú fájdalomcsillapítók tartós szedése következtében vese-, máj- és szív károsodás, gyomor-béltraktus vérzése.
- 5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** fájdalomcsillapító gyógyszerek szedése (melytől érdemi panaszcsökkenés már nem várható, de szövődményeket okozhat), mankó, bot vagy járókeret használata, fizioterápia (melytől érdemi panaszcsökkenés már nem várható), a térdizület elmerevítése (mely manapság már nem is alternatívája a protézis beültetésnek).
- 6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 7. Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ 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 kezeléseket 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 beleegyező nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyező 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.