

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.

MŰTÉTI BELEEGYEZÉS KANCSAL GYERMEKEK SZÜLEI (GYÁMJA) SZÁMÁRA

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Kancsalság ellenes műtét.
- A beavatkozás célja:** Kancsalság olyan esetekben alakul ki, amikor a szem izmai nem megfelelően működnek vagy anatómiai eltérést mutatnak. Műtét célja a kettőslátás csökkentése, térlátás fokozása, gyermekkorban a tompalátás kialakulásának megelőzése, csökkentése, de történhet csupán esztétikai okból. Tinédzser ill. felnőtt korban a tompalátás végleges, ilyenkor a kancsalság ellenes műtét a tompalátáson nem segít.
- A beavatkozás menete, technikája:** A beavatkozás során a kancsalságtól függően megváltoztathatjuk az izom hosszát, tapadásának helyét, illetve megszüntethetjük az izom működését akadályozó további eltéréseket, ezzel elősegítjük a szemgolyó fiziológiás helyzetébe való kerülését.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A kötőhártya sebének megnyílása, kötőhártyaciszta kialakulása, kötőhártya sebének heggel járó gyógyulása vagy a felszín egyenetlensége, gyulladás, vérzés az operált izom állományában, az izom elvesztése, ill. hátracsúszása a szemgödörbe, a szemgolyó külső burkának, az ínhártyának megsérülése, következményes érhártya- és ideghártyakárosodás, a szemgolyó elülső részének a csökkent keringésből eredő károsodása, varratkilökődés, kettőslátás, látásromlás, a szemgödör szöveteinek gyulladása és gennyes belső szemgyulladás, mely súlyosabb esetben a szemgolyó eltávolítását is jelentheti. A műtét után a kancsalság visszatérhet, vagy új típusú kancsalság is kialakulhat, különösen, ha a kétszemes együttlátás nem fejlődött ki. A fénytörési hiba javítására a műtét után szemüveg viselésére szükség van, vagy lehet.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Gyermekek esetén tompalátás kialakulása, fokozódása. Kettőslátás, térlátás hiánya.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Kancsalságtól függően korrekciós ill. prizmás szemüveg viselése. Tompalátás elkerülése ill. kezelése érdekében a szem szemtapasszal való váltott takarása.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 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 kezeléseim 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 kezeléseim 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.