

## 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.

### Nd: YAG LÉZERES CAPSULOTOMIA

- 1. Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Lencsetok lézeres megnyitása.
- 2. A beavatkozás célja:** A hátsó lencsetok átlátszatlaná válása (fibrosisa) a modern szürkehályogsebészet egyik leggyakoribb késői szövődménye. Előfordulási gyakorisága a műtét után egy évvel 2-16%, öt év múlva 25-30% is lehet. Lencsetok fibrosisa miatt a látás jelentősen romolhat. A beavatkozás célja a látásélesség javítása, emellett a szemfenék vizsgálatát megkönnyíti.
- 3. A beavatkozás menete, technikája:** A kezelés ülő testhelyzetben, réslámpás nagyítás mellett, felszíni (szemcseppes) érzéstelenítésben történik megfelelő kontaktlencse segítségével. A megvastagodott hátsó lencsetokon az optikai tengelyben nyílást készítünk. A YAG lézeres capsulotomiát műtéti beavatkozásnak kell tekinteni.
- 4. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Korai szövődmények: szaruhártya vizenyő, vérzés a csarnokba, a műlencse sérülése, elmozdulása, szemnyomás emelkedés. Késői szövődmények: ideghártya vizenyő, cystoid macula oedema, ideghártya leválása. A beavatkozást követően gyakran úszkáló homályokat lehet látni, ezek akár maradandóak is lehetnek.
- 5. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Látásromlás.
- 6. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** A hátsótok megnyitása elvégezhető invazív műtéttel is manuális műszerekkel műtőasztalon. Ez akár szükséges lehet, amennyiben a lézeres kezelés akadályozott (pl.: kooperáció hiánya, szilikon olaj stb.).
- 7. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 8. 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.