

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.

EVISCERATIO MŰTÉT

- 1. Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** A szemgolyó részleges eltávolítása, mely után az operált oldalon teljes vakság alakul ki.
- 2. A beavatkozás célja:** Evisceratio akkor javasolt, ha korábbi szemsérülés, műtét és/vagy gyulladás miatti rossz-fényérzésű, ill. vak szem fájdalmas, többször gyulladásba kerül és/vagy kozmetikailag zavaró, és ha a műtét előtt elvégzett UH vizsgálat a szemben belül daganatot nem mutat.
- 3. A beavatkozás menete, technikája:** A műtét során kiürített ínhártyazsákot és a kötőhártyát három rétegben zárjuk. Műtét után műszem viselésére alkalmas kötőhártyazsák alakul ki, a műszem mozgóképességével.
- 4. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Műtét során vérzés, gyulladás, sebszétválás, kötőhártya alatti cysta képződés, varrat mentén granulációs szövet kialakulása, az implantátum kilökődése bekövetkezhet.
- 5. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Fájdalom és/vagy gyulladás fennmaradása.
- 6. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Enuclatio.
- 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 kezelése 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.