



INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

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

ÖNÁLLÓAN, EBBŐL A CÉLBŐL VAGY EGYÉB MŰTÉT KAPCSÁN VÉGZETT MŰVI MEDDŐVÉ TÉTEL

- 1. A beavatkozás célja:** A beadott kérelem alapján a teherbeesés lehetőségének végleges megszüntetése.
- 2. A beavatkozás menete, technikája:** Hastükrözés vagy hasmetszés útján a petevezetők átjárhatóságát megszüntetjük lekötéssel, égetéssel, ill. átvágással.
Kihangsúlyozzuk, hogy a műtét nem befolyásolja a petefészek működését, illetve a menstruációs ciklust!
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A hasi műtétek általános szövődményei: vérzés, hasfal, ill. belső szervek sérülése, sebgyógyulási zavar, gyulladás, stb.
- 4. A kérelmező és a partnere által alkalmazható fogamzásgátlás lehetőségei:** Hormonális gyógyszerek, méhen belüli eszközök, helyileg alkalmazható spermicid anyagok, stb. A partner részéről ondóvezeték lekötés, hormonális gyógyszer, óvszer.
- 5. A beavatkozás után a nemzőképesség helyreállításának lehetőségei:** A petevezetők műtéti helyreállításának eredményessége igen csekély, ezért ezt nem végezzük. „Lombik bébi” program (mesterséges megtermékenyítés, IVF) lehetséges.
- 6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!



INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYZŐ NYILATKOZATA

A hatályos jogszabályok által előírt (..... hónap) idő rendelkezésemre állt 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 tájékoztatás 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

.....
páciens vagy törvényes képviselő aláírása

.....
házastárs / élettárs aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.