



## 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:

### MÉHNYAKON - TERHESSÉG ALATT VÉGZETT - MÉHNYAKZÁRÓ MŰTÉT

- 1. A beavatkozás célja:** A méhnyak meggyengült tartó és záró funkciójának helyreállítása.
- 2. A beavatkozás menete, technikája:** A méhnyak hüvelyi részének nyálkahártyája alá körkörösén öltést helyezünk be. A műtét időtartama kb. 20 perc, a műtét alatt a fájdalommentességet érzéstelenítéssel vagy altatással biztosítjuk.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Szövődményként a burok megrepedése, vérzés léphet fel. A műtét elvégzése nem garantálja a terhesség kívánt ideig történő kihordását, a műtétől független okok miatt is megindulhat vetélés vagy koraszülés, ebben az esetben az öltést el kell távolítani. Szövődmény a legmondosabb műtéti technika és tapasztalat mellett is előfordulhat.
- 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** vetélés, koraszülés
- 5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** tartós ágynyugalom, fekvés, szükség esetén kórházi környezetben, terhesség alatti, az átlagosnál forszírozottabb gyógyszeres kezelés
- 6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!



## INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék 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 kezelés 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.