



## 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:

### MŰVI MEDDŐVÉ TÉTEL FÉRFIAKNÁL (VASECTOMIA)

- 1. A beavatkozás célja:** A beadott kérelem alapján a férfi nemzőképesség végleges megszüntetése.
- 2. A beavatkozás menete, technikája:** A herezacskón kétoldalt ejtett apró metszésből történik az ondóvezeték átjárhatóságának megszüntetése lekötéssel, ill. átvágással.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Általános sebgyógyulási szövődmények (vérzés, gyulladás) ritkán előfordulnak. A ondóvezeték lekötése a merevedést nem befolyásolja. Az ejaculációnál ürül ondó, azonban hímivarsejteket az nem tartalmaz. A műtét elvégzését követően 2 hónappal spermavizsgálatot kell végezni, mely után mondható ki a biztos nemzőképtelenség!
- 4. A kérelmező és a partnere által alkalmazható fogamzásgátlás lehetőségei:** Óvszer használat. A partner részéről hormonális gyógyszerek, méhen belüli eszközök, helyileg alkalmazható spermicid anyagok, stb.
- 5. A beavatkozás után a nemzőképesség helyreállításának lehetőségei:** Az ondóvezeték műteti helyreállításának eredményessége csekély, nem végzünk ilyen műtétet. A továbbiakban a mellékheréből, heréből nyert hímivarsejtek segítségével „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.