



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ELEKTROMOS SZÍVRITMUS-VISSZAÁLLÍTÁSI KÍSÉRLETHEZ (CARDIOVERSIO)

Alulírott..... nyilatkozom, hogy felvilágosítottak arról, hogy fennálló szívritmus-zavarom miatt nálam a szívritmus szabályozott körülmények között leadott és alkalmazott elektromos áramütéssel való visszaállítási kísérlete beavatkozásra van szükség.

Ennek során rövid, vénás injekcióval alkalmazott altatásban orvosi műszerből szabályozott áramütést alkalmaznak. A beavatkozás kísérlet az eredeti úgynevezett szinuszritmus visszaállítására, ennek elérése nem bizonyos.

Tájékoztatottak a beavatkozás előnyeiről és kockázatairól; elmondták, hogy ritka esetekben mellkasi, ill. bordasérülés, a bőr égéses sérülése, agyi infarktus, következményes átmeneti, vagy maradandó bénulás, átmeneti vagy maradandó légzési elégtelenség, vérnyomás-zavarok, ill. a jelenleginél rosszabb indulatú szívritmuszavar kialakulása fordulhat elő, mely esetleg további orvosi beavatkozásokat tesz szükségessé. Hasonlóképpen előfordulhat a szívben, vagy a szervezetben máshol rejtetten megbújó vérrög(ök) elszabadulása, és elakadása a szervezet más ereiben, szerveiben, ezek átmeneti vagy maradandó működéskárosodását okozva.

Minden kérdésemre kielégítő választ kaptam, a felvilágosítás közérthető magyar nyelven, orvosi szakszavak használata nélkül történt.

Felvilágosítottak, hogy a beavatkozás előtt kivehető fogpótlás, szemüveg eltávolítása szükséges, valamint éhgyomorrra kell maradnom. Egyéb protézisek, pótlások eltávolítását, vagy a miattuk alkalmazandó kiegészítő gyógyszerelést kezelőorvosom határozza meg.

Megértettem, hogy a beavatkozáshoz saját akaratomból adott beleegyezésem szükséges, melyet ezen nyilatkozat aláírásával ezennel kifejezetten megadok.

Szombathely,

.....
beteg

.....
orvos

Beteg születési ideje:.....

Lakcíme:.....