



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZÍVBUROK-CSAPOLÁSHOZ (PERICARDIUM PUNCTIO)

Alulírott..... nyilatkozom, hogy felvilágosítottak arról, hogy fennálló alapbetegségem következtében a szívburokban kialakult folyadék-felszaporodás miatt kezelőorvosom szerint nálam ennek lebecsátására van szükség.

Ennek során érzéstelenítő injekció adása után leszívásra alkalmas, ún. atraumatikus csövet helyeznek a szívburokba, mely segítségével a folyadékot lebecsátják.

Tájékoztattak a beavatkozás előnyeiről és kockázatairól, elmondták, hogy ritka esetekben tüdőszéülés, vérzés, vérvesztés, szív sérülése, átmeneti vagy maradandó légzési elégtelenség, vérnyomás-zavarok, ill. a jelenleginél rosszabb indulatú szívritmuszavar kialakulása fordulhat elő, mely esetleg további orvosi beavatkozásokat tesz szükségessé.

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 éhgyomorra 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

Páciens születési ideje:.....

Lakcíme:.....