

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓ

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

KISAJAK PLASZTIKA

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Hölgyek számára kisajak hyperplasia (vagyis a kisajak szövetének túltengése, a nagyajak elé való kilógása, prolabálása) esztétikai szempontból zavaró lehet. Mindezt fokozhatja, ha a jelenség nem azonos fokú a két oldalon, ezzel aszimmetriát is okozva.
- A beavatkozás célja, menete, technikája:** A műtétet általában helyi érzéstelenítés mellett végezzük, de helyi érzéstelenítőt akkor is használunk, ha más beavatkozással összekötve esetleg altatásban történik a műtét. Jelen nyilatkozat aláírásával a páciens kijelenti, hogy a kezelőorvos által megnevezett helyi érzéstelenítő készítménnyel szemben semmiféle érzékenység az ő esetében nem áll fenn, az annak alkalmazásából származó, esetleg egészségére hátrányos következményekért teljes körű és mindenre kiterjedő felelősséget vállal.
A műtét során meghatározzuk a feleslegesnek megítélt szövet mennyiségét, amelyet az anatómiai adottságoktól függően egy hosszanti, tehát a kisajak hossz tengelyével párhuzamosan vezetett, metszéssel vagy arra merőleges heget adó V alakú kimetszéssel távolítunk el. A sebet felszívódó varrattal zárjuk, amely magától néhány nap vagy egy-két hét alatt kiesik. Ritkán fordul elő, hogy a varrat elhúzódó felszívódása vagy esetleg annak anyagával szemben kialakult szöveti reakció miatt a varratokat el kell távolítani. Z operált tájék a műtét után oedemás, tehát duzzadt, esetenként néhány hét is szükséges, amíg ez felszívódik. A végleges hegeképzés nagyjából egy év a műtéttől számítva.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Az anatómiai adottságoktól függően valamilyen fokú aszimmetria mindig marad vissza. A területen kialakulhat bevérzés, ami általában 3 hét alatt felszívódik. Ha esetleg vérzés vagy fertőzés lép fel, annak kapcsán elhúzódó kezelésre vagy további műtéti beavatkozásra is szükség lehet.
Fentiekben részletezettek mellett esetlegesen előforduló általános szövődmény lehetőségek:
Bármely sebészeti beavatkozás esetén esetlegesen előforduló szövődmények:
 - bevérzés, - fertőzés, - gyulladás, - váladékozás, - műtéti metszés kedvezőtlen heggel gyógyul, - kialakulhat thrombosis (vérrög képződés az érpályában) és embolia (leszakadt vérrög zár el ereket a kialakulási helyétől távolabb), - zsír embolia (érelzáródást az érpályába kerülő zsírcseppek, zsírsejtek okozzák).
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon:



INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre 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 kezeléseket 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 kénysertől 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.