

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.

NYAKPLASZTIKA

- 1. Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Az életkor előrehaladtával, vagy a genetikai adottságoktól, anatómiai viszonyoktól függően különböző életkorban kialakulhat a páciens számára esztétikai szempontból zavaró szöveti torlódás vagy lógás a nyak területén, amely a bőrt és az alatta lévő szöveteket is érintheti.
- 2. A beavatkozás célja, menete, technikája:**

A műtét lényege, hogy a nyak területén kialakult bőr alatti zsír felszaporodást megszüntessük zsír szívással vagy az előre egyeztetett tervnek megfelelően vezetett metszésen keresztül sebészi úton. A nyakon észlelt hosszanti, bőr és alatta lévő nyakizmot magába foglaló barázdákat részben vagy egészében megszüntetni. Ehhez a barázdák két oldalán készített tűszúrásnyi nyílásokon keresztül a barázda alá vezetett fonállal vágjuk át a barázdát okozó izom részletet.

A műtét további célja, hogy a nyak lógó bőrét és az alatta fekvő szövetet pozícionáljuk egy a korábbi életkorra jellemzőbb, a páciens számára vonzóbb megjelenést jelentő helyzetbe. Ehhez az alsó állcsont mentén, az állcsúc és az Ádámcsutka között számos tűszúrásnyi nyílást készítünk, amelyen egy fonalat húzunk be, aminek meghúzásával a nyak szövetei a kívánt helyzetbe hozhatók. Műtét után a tájék kissé bevérzett, ez általában három hét alatt szívódik fel. A nyak bőre az említett területen hullámos, ennek kisimulásához az esetek nagy részében szintén három hétre van szükség. A műtétet követő 10 napon keresztül nyakrögzítőt kell hordani, hogy emlékeztesse a páciens arra, hogy a nagyobb kitéréssel járó nyaki mozdulatokat kerülni kell, különben a fonalrendszer körül nem tud a kötőszövet megfelelően rögzülni és ennek hiányában a műtét eredménytelen lehet.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Aszimmetria előfordulhat, amely akár tartósan is visszamaradhat a műtét után, bár a páciensek nagy részénél teljes szimmetria a műtét előtt sem áll fenn. A tűszúrások helyén a hegesedés általában alig észrevehető nyomot hagy, de a hegképzés a páciens bőrén, tehát a genetikán múlik, ideális heg ennek megfelelően nem garantálható. Amennyiben a műtét helyi érzéstelenítés mellett történik, a páciens jelen nyilatkozat aláírásával kijelenti, hogy a kezelőorvos által megjelölt helyi érzéstelenítővel szemben érzékenység nem áll fenn, az ennek alkalmazásából származó, esetleg egészségére ártalmas következményekért mindenre kiterjedő és teljes körű felelősséget vállal. 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).
- 4. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!

5. Egyénre szabott betegtájékoztató:

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYZŐ 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 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 tájékoztató megértése alapján minden kényszertől 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

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.