

## 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.

### LIPOSUCTIO ("ZSÍRLESZÍVÁS")

#### 1. Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:

2. **A beavatkozás célja, menete, technikája:** Az eljárás elve, hogy a zsírsejtek száma nem változik életünk során csak azok mérete. A zsírleszívás során zsírsejteket roncsolunk el, a felszabaduló anyagot pedig szívó rendszerrel eltávolítjuk. Ezzel csökkentjük a zsírsejtek számát, a megmaradó sejtek pedig egy bizonyos határon túl nem tudnak tovább növekedni. A cél, hogy a bőr alatt elhelyezkedő zsírszövet mennyiségét és vastagságát csökkentjük. Az, hogy mindez mennyire lesz látványos azon is múlik, hogy az adott régióban a bőr milyen rugalmassággal rendelkezik, az alatta lévő térfogatcsökkentéshez hogyan tud alkalmazkodni. Bizonyos esetekben ez egy hosszabb, akár több hónapot is igénylő folyamat lehet.

**Műtétet követő időszak:** 6 héten keresztül érdemes a kezelt régiókban kompressziós ruházatot hordani, ez általában speciális segédeszközöket jelent. Alkalmazásukkal várhatóan előbb elérhető a tervezett végeredmény.

#### 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:

- 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).
- Speciális jellegű szövődmények:  
- érzészavar, esetleg érzéketlenség a műtéti területen, amely később lassan rendeződhet spontán, bár nem minden esetben, - nem azonos vastagságú a kezelt terület a műtétet követően, - kialakulhat felszíni egyenetlenség (részben abból is fakad, hogy a kezelt régió bőre mennyire képes követni a bőr alatti változásokat), - meggyűlhet szövetnedv (seroma) a műtéti területen, amely részben felszívódik, ritkábban szükség lehet annak sebészi eltávolítására akár újabb műtéttel, - kezelt terület felett bőrelhalás ( vérellátási zavar miatt), - gyógyszerrel kapcsolatos túlérzékenység (Lidocain) esetleg mérgezési, toxikus állapot kialakulása, - folyadék egyensúly eltolódása (nagy mennyiségű zsírleszívás esetén gyakoribb), - testüreg megnyílása és belső szervek sérülése, - kontúr és térfogat egyenetlenség és aszimmetria a kezelt területek között, - bőr irritáció, - hyperpigmentáció.

#### 4. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

#### 5. 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 kényszertől 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.