



INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

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

ÁLLCSONTI CISZTÁK MEGOLDÁSA A CISZTA BESZÁJAZTATÁSÁVAL VAGY ELTÁVOLÍTÁSÁVAL, CSONTPÓTLÁS ALKALMAZÁSA

- A beavatkozás célja:** Az állcsontban kialakult, folyamatosan növekvő ciszta (folyadékkal teli tömlő) megszüntetése vagy annak a szájüreg melléküregévé alakítása (ez esetben valamilyen megoldás segítségével elérjük, hogy a cisztaüreg nyitva maradjon és csonttal telődjön fel), vagy a ciszta egészben történő eltávolítása.
- A beavatkozás menete, technikája:** A műtét lényegét a ciszta megnyitása, illetve eltávolítása jelenti. A műtéti sebet varratokkal zárjuk, beszájaztatás esetén jodoformos csíkot, gumicsövet helyezünk bele. Csontpótlást alkalmazunk különböző csontpótló anyagok (saját csont, mesterséges csontpótló anyagok) felhasználásával, amennyiben a ciszta üregének mérete és alakja ezt szükségessé teszi. Ilyenkor a ciszta kitisztítását követően a csontpótló anyagot a visszamaradt üregbe töltjük, a műtéti sebet varratokkal zárjuk. A varratokat kb. 1 hét múlva távolítjuk el. A műtét során eltávolított szövetekből szövettani vizsgálatot végzünk, ennek eredményét később – a lelet elkészülte után - közöljük Önnel.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Arcüreg megnyílása, érsérülés, fogsérülés, idegsérülés, lágyrész sérülés, idegentest nyelése vagy félrenyelése, helyi vagy általános gyulladás, általános szövődmények.
Műtéti következmények: Helyi duzzanat, fájdalom, arcon látható véraláfutás.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A ciszták növekedési hajlama miatt további csontfelszívódás történhet, ami akár az állcsont törését is okozhatja. A ciszták tartalma befertőződhet, így gyulladás, tályog alakulhat ki. Ritkán rosszindulatú daganat is kialakulhat a ciszták falában.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** A ciszták műtéti úton oldhatók meg, más kezelési mód nem ismert.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!



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 tájékoztatás 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.