

## 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.

### CSONTEGYESÍTŐ MŰTÉTEK COMBNYAK ÉS TOMPORTÁJI TÖRÉSEK ESETÉN

- Az invazív beavatkozás (műtét) megnevezése:** Csavaros, Csípő-, ill. velőúrszeges, lemezes csontegyesítő műtét a combnyak és a tompor régiójában.
- A beavatkozás célja:** Csonttörés műtéti rekonstrukciója, az ízület integritásának lehetőség szerinti visszaállítása, szövődmények megelőzése, elhárítása.
- A beavatkozás menete, technikája:** A törés típusától, elmozdulásától függően fedett, vagy nyílt repozíciót végzünk, majd csavarok, lemezek, szegek segítségével csontegyesítő műtétet végzünk. A beavatkozás röntgensugár segítségével kontrolláljuk, szükség szerinti külső rögzítéssel kiegészítve.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Vérzés, ízületi-, ízület körüli vérömleny kialakulása, érzészavar, mozgászavar, ér- és idegkárosodás, duzzanat, gyulladás, sebgyógyulás, fájdalom, az ízület alkotórészeinek artifizciális károsodása, trombózis, embólia, átmeneti sántítás, tengelyeltérés, ízületi felszínkárosodás visszamaradása, végtag hosszkülönbség visszamaradása, halál.  
A műtétek általános érzéstelenítésével összefüggésben előforduló lehetséges szövődményeket lásd alábbi orvosi vizsgálati lap.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A fennálló panaszok visszamaradása, fokozódása, az ízület további, még ép részeinek károsodása. Az ízület funkciójának súlyos, maradandó károsodása, mozgáskorlátozottság, deformitás, jelentős életminőség romlás, az ízületi kopás felgyorsulása.  
A gyógyszeres terápia lehetséges szövődményveszélyének fokozódása (máj, vese, emésztőrendszeri károsodások).
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Amennyiben a műtéti indikáció fennáll, nincs érdemi alternatív terápiás lehetőség. A rendelkezésünkre álló alternatív lehetőségek (gyógyszeres kezelés, fizioterápia, segédeszközök használata) csak tüneti kezelést jelentenek, az oki terápia elodázásával. Speciális esetekben szóba jön gipszrögzítés un. extensios kezelés alkalmazása, ortézis alkalmazása.
- 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 kezeléseim 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 kezeléseim 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.