

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 ESETÉN

- Az invazív beavatkozás (műtét) megnevezése:** Lemezes, csavaros, velőűrszeges, tűzéses, húzóhurkos, külső rögzítőt alkalmazó csontegyesítő műtétek elvégzése.
- A beavatkozás célja:** Csonttörés műtéti rekonstrukciója, az ízület integritásának lehetőség szerint legpontosabb helyreállítása, a stabilitás biztosítása, szövődmények megelőzése, elkerülése, elhárítása.
- A beavatkozás menete, technikája:** A törés típusától, elmozdulásától függően fedett, vagy nyílt repozíciót, majd a szükséges fémrögzítők segítségével csontegyesítő műtétet végzünk. A beavatkozást 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, duzzanat, gyulladás, sebgyógyulás, fájdalom, az ízület alkotórészeinek arteficiális károsodása, mozgásbeszűkülés, csontelhalás álízület, trombózis, embólia, átmeneti sántítás, tengelyeltérés, ízületi felszínkárosodás visszamaradása, végtag hosszkülönbség visszamaradása, ér- és idegkárosodás, halál.
A műtétek általános érzéstelenítésével összefüggésben előforduló lehetséges szövődményeket lásd altató 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. Rossz helyzetben gyógyult törés esetén állandó fájdalom, mozgásbeszűkülés, porckopás.
A gyógyszeres terápia lehetséges szövődményveszélyének fokozódása (máj, vese, emésztőrendszeri károsodások).
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Amennyiben a műtéti indikáció fennáll, speciális esetekben húzókezelés (extensio), külső rögzítő (gipsz, orthosis) felhelyezése, alkalmazása is szóba jöhet, a beteg általános állapotától, mozgáskorlátozottságától, speciális alapbetegségétől, fémérzékenységtől függően, illetve más intézetben való ellátási igény, illetve az ellátás megtagadása esetén.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!

8. 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.