

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.

IZÜLETI TÜKRÖZÉSES (ARTROSKÓPOS) MŰTÉTEK

- Az invazív beavatkozás (műtét) megnevezése:** Izületi tükrözés, artroszkópia a térd, a váll, a boka, a csípőizület régiójában.
- A beavatkozás célja:** Műtéti indikációt jelentő ízületi panaszok feltérképezése és kezelése üvegszál optikás rendszer segítségével.
- A beavatkozás menete, technikája:** Az adott ízületnél általában vérztelenség mellett 2, vagy több 5-10 mm-es metszések segítségével, feltárás nélkül végzünk műtéti beavatkozást, a nyílásokon keresztül bevezetett hidegfényes optika-kamerarendszer és speciális kézi műszerek segítségével.
- 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, halál. A műtétek általános érzéstelenítésével összefüggésben előforduló lehetséges szövődményeket lásd alátó orvosi vizsgálati lap.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A fennálló panaszok visszamaradása, fokozódása, az ízület további, még ép részeinek károsodása.
A gyógyszeres terápia lehetséges szövődményveszélyének fokozódása (máj, vese, emésztőrendszeri károsodások).
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Amennyiben a műtéti indikáció fennáll, nincs érdemi alternatív terápia lehetőség.
A rendelkezésünkre álló alternatív lehetőségek (gyógyszeres kezelés, fizioterápia, segédeszközök használata) csak tüneti kezelést jelentenek, az oki terápia elodázásával.
- 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 kezelése során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelése 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.