

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.

TELJES TÉRDIZÜLETI PROTÉZIS BEÜLTETÉS

- A beavatkozás célja:** Súlyosan kopott, fájdalmas, deformált, mozgásában beszűkült térdizület fájdalmainak csökkentése, tengelyének korrekciója és mozgásterjedelmének érdemi növelése.
- A beavatkozás menete, technikája:** Vértelenség mellett a térdizület súlyosan károsodott részeinek eltávolítása, izületi felszíneinek fém-műanyag kombinációjú implantátumokkal való helyettesítése, pótlása, esetleges oldalszalag rekonstrukció.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Vérzés, izületi-, izület körüli vérömleny kialakulása, érzészavar, mozgászavar, ér- és idegkárosodás, duzzanat, gyulladás, sebgyógyulás, fájdalom, az izület alkotórészeinek arteficiális károsodása, trombózis, embólia, átmeneti sántítás, a beültetett protézis lazulása, ficama, törése, a protézis közeli csontrészek törése, mozgásbeszűkülés, az izület túlzott lazasága, végtag hosszkülönbség, 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 izület további, még ép részeinek károsodása. Súlyos fájdalmak, mozgáskorlátozottság, illetve az ezek által bekövetkezett életminőség romlás, trombózis, embóliaveszély.
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.
- 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 kezeléseim 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.