

## 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 VÁLLIZÜLETI PROTÉZIS BEÜLTETÉS

- A beavatkozás célja:** A törés, vagy degeneratív folyamat miatt tönkrement porc felszínek pótlása, ezzel a fájdalom csökkentése és mozgásfunkció javítása.
- A beavatkozás menete, technikája:** A vállízület súlyosan károsodott részeinek eltávolítása, ízületi felszíneinek fém-műanyag kombinációjú implantátumokkal való helyettesítése, pótlása.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Sérülhet a kar érző és mozgató funkciójában fontos karfonat több idege is, valamint a hónalji verőér. Felléphet sebgyulladás, vérzés, thrombosis, embólia, halál. Kialakulhat a protézis ficama, ízületi gennyedés, csontvelőgyulladás. Tapasztalataink szerint a felsorolt szövődmények valószínűsége 3 % körüli. Nagyér sérülés még nem fordult elő.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A fájdalom és a mozgásfunkció további hanyatlása várható, az otthoni tevékenység súlyosan nehezül, a munkavégzés ellehetetlenül.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Fájdalomcsillapítás, gyógytorna, fizioterápia.
- 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 kezeléseket 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.