

## 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.

## TÉRD KERESZTSZALAG REKONSTRUKCIÓS MŰTÉTEK

- Az invazív beavatkozás (műtét) megnevezése:** Térd elülső-, és/vagy hátsó-, és/vagy oldalsó szalagok pótlása, rekonstrukciója.
- A beavatkozás célja:** A térdszalagok sérülése miatt kialakult térdizületi instabilitás megszüntetése, korrekciója.
- A beavatkozás menete, technikája:** A sérült szalag(ok) eltávolítása vérzéstelenség mellett, majd pótlása általában az azonos oldalról kivett in(ak) felhasználásával, megfelelő előkészítést (csontfuratok, inélőkészítés) követően. A műtét része lehet szalagvarrat, egyéb rekonstrukciós módszer is. A műtétet artroszkópos asszisztenciával végezzük, minimal invazív technikát alkalmazva.
- 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, donorterületi fájdalmak, izületi mozgástartomány átmeneti beszűkülése, mérsékelt fokú izületi lazaság visszamaradása, izomsorvadás, 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. Instabilitás, mely akadályozhatja a munkavégzést, sportolást, sőt akár az általános mindennapi tevékenységet is.  
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 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.