

INVAZÍV BEAVATKOZÁS BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

Alulírott (név) (szül. idő) kijelentem,
hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat
(..... név,
szül. idő, rokonsági fok) az alábbi invazív beavatkozásról a következők
szerint kellő mértékben és módon tájékoztatott:

FÜL / ARC BŐRDAGANATÁNAK ELTÁVOLÍTÁSA

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** rossz- / jóindulatú fül / arc bőrdaganat eltávolítása
- A beavatkozás célja:** a rossz- / jóindulatú fül / arc bőrdaganat ép szegéllyel történő kimetszése
- A beavatkozás menete, technikája:** helyi (kiterjedt bőrelváltozás esetén altatásos) érzéstelenítésben a rossz- / jóindulatú bőrdaganatot ún. biztonsági zónával kell kimetszeni. Ez azt jelenti, hogy a metszésvonalat az ép területben kell vezetni, így az elváltozásból nem hagyunk hátra részleteket. A keletkezett bőrhiány az esetek nagy részében direkt módon, varratokkal zárható, néha azonban bőrpótlásra van szükség. Ez történhet a környező bőr mozgatásával, segédmetszések ejtésével, illetve szabad bőráttüteléssel (fél-/teljes vastagságú bőrlebeny). Az így eltávolított bőrdaganatok helyén mindig maradnak hegek. A végleges eredmény csak hosszabb idő (fél-egy év) értékelhető, miután a hegvonalak elhalványultak. Onkológiai szempontból elengedhetetlenül fontos az eltávolított elváltozás kórszövettani vizsgálata, ugyanis ez mondja meg annak a szövettani típusát és azt, hogy az épben történt-e a kimetszés.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** műtétet követő vérzés, fertőzés; a sebszélek műtétet követő szétnyílása; fül / arc bőrének érzéketlensége, érzészavara, arcidegsérülés / arcizmok átmeneti / tartós, vagy végleges gyengesége, bénulása; műtétet követő kisugárzó fájdalom; fül / arc bőrének kozmetikai deformitása; lebenyplasztikánál, illetve bőr áttütelésénél a lebeny, ill. az áttütelített bőr részleges vagy teljes elhalása.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** a bőrdaganat további növekedése, esetlegesen áttét kialakulása, a környező szervekre (pl. szem) terjedése, melynek eltávolításával sokkal jelentősebb kozmetikai deformitás következhet be, akár műtéttel nem válik eltávolíthatóvá a daganat.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** -
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egynre szabott betegtájékoztató:**

Folytatás a túloldalon!

INVAZÍV BEAVATKOZÁS 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 kezelés 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.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
beavatkozást végző aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.