

## 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.

### ÉRFESTÉS

- 1. A vizsgálat célja:** Ezzel a módszerrel lehet a legpontosabban képet alkotni az agyat ellátó erekről és azok károsodásairól (szűkület, elzáródás, fejlődési rendellenesség, érfal-repedés, stb.). Segítséget nyújthat esetleges műtéti beavatkozás szükségességének elbírálásához.
- 2. A vizsgálat menete, technikája:** A kar vagy a comb verőerét megszúrva, vékony műanyag csövön keresztül festékanyagot juttatunk az erekbe és röntgenfelvételeket készítünk a megfelelő erekről.
- 3. A vizsgálat esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A beavatkozás után nem áll el azonnal a vérzés. Arra érzékeny betegekben kontrasztanyag túlérzékenységi reakció alakulhat ki. Rendkívül ritka esetben vérnyomás kiugrás és állapotrosszabbodás léphet fel.
- 4. Ezen vizsgálat elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Az érrendszeret érintő betegségeknel és egyes daganatfajtáknál érfestés nélkül a műtéti lehetőségekről dönteni nem lehet. A műtét elmaradása súlyos, esetleg életveszélyes rosszabbodáshoz vezethet. A javasolt diagnosztikus eljárás szükségességéről, végrehajtásának módjáról, kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről, szóban feltett alábbi kérdéseimre is megfelelő választ kaptam.
- 5. Más vizsgálati lehetőségekről, alternatívákról:** Ultrahangos vizsgálat: a nyaki, illetve a koponyán belüli erek ultrahangos vizsgálata elsősorban szűrővizsgálatként alkalmazható. Pontossága, illetve megbízhatósága nem közelíti meg az érfestést. MR érvizsgálat: csupán tájékoztató vizsgálat, nem teszi lehetővé a részletek pontos meghatározását, műtéti beavatkozás szükségességének eldöntésére jelenleg nem alkalmas.
- 6. A vizsgálattal kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 7. 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.