

## 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.

### IZOMKIMETSZÉS

- 1. A vizsgálat célja:** A kimetszett izomdarab szövettani feldolgozása az izombetegségekben, a kórisme pontos felállításához általában elengedhetetlen. A vizsgálat a kórjóslat meghatározásában, az öröklés menetének tisztázásában sem nélkülözhető.
- 2. A vizsgálat menete, technikája:** Helyi, Lidocainos érzéstelenítés után maximum 7-10 cm hosszúságú bőrmetszés után kb. 1 x 1 cm nagyságú izomdarabot vesznek ki. Ez mozgáskorlátozottságot a későbbiekben nem okoz. Átmeneti zsibbadás a műtét területén előfordulhat.
- 3. A vizsgálat esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Közvetlenül a műtét után helyileg enyhe vérzés lehetséges. A sebgyógyuláshoz tartozó általános szövődmények (sebszétválás, fertőzés) is előfordulhatnak. Arra érzékeny betegekben Lidocain túlérzékenységi reakció alakulhat ki.
- 4. Ezen vizsgálat elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:**  
Általában nem lehet az izombetegség pontos kórisméjét felállítani, ami a megfelelő kezelés elkezdését, a kórjóslat, illetve az öröklés menetének meghatározását lehetetlenné teheti.
- 5. Más vizsgálati lehetőségekről, alternatívákról**  
Az izom szövettani vizsgálatát nem helyettesítheti egyéb diagnosztikus eljárás.
- 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 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.