

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.

CSÍPŐÍZÜLETI INJEKCIÓS KEZELÉS ESETÉN

- Az invazív beavatkozás (műtét) megnevezése:** A heveny vagy idült panaszokat okozó csípőízületi elváltozások injekciós kezelése.
- A beavatkozás célja:** A heveny vagy idült panaszokat okozó csípőízületi elváltozások (pl. gyulladás, porckopás, mozgásbeszűkülés) injekciós kezelése tüneti, vagy oki terápia részeként. (gyulladáscsökkentő, porcregeneráló, nagy viszkozitású ízületi folyadék pótló)
- A beavatkozás menete, technikája:** A csípőízületbe műtői körülmények között, protokoll szerinti bőrfertőtlenítést követően Röntgen sugárzással dolgozó képerősítő kontroll alatt injekciós tűn és fecskendőn keresztül gyógyszert, vagy gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítményt jutattunk be, az ízületet átmoztatjuk és steril fedőkötést helyezünk fel.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Vérzés, vérömleny kialakulása, érzékszavar, mozgászavar, duzzanat, fájdalom, mozgásbeszűkülés, lágyrész elhalás, hegképződés, trombózis, embólia, átmeneti sántítás, ér- és idegkárosodás, nem fertőző vagy fertőző, gennyedéssel járó gyulladás az ízületben vagy a környező lágyrészekben, allergiás reakció, halál. A beavatkozást Röntgen sugárzással dolgozó képerősítő kontroll alatt végezzük, ezért a beavatkozás alatt Röntgen sugár terhelésre is kell számítani.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A fennálló panaszok visszamaradása, fokozódása, a még ép régiók károsodása.
Az ízület súlyos, maradandó károsodása, mozgáskorlátozottsága, mozgászavar, deformitás, jelentős életminőség romlás. A gyógyszeres terápia lehetséges szövődményveszélyének fokozódása (máj, vese, emésztőrendszeri károsodások).
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Amennyiben a beavatkozás indikációja fennáll, speciális esetekben a beteg általános állapotától, a beleegyezés hiányától, az ellátás megtagadásától függően, illetve más intézetben való ellátási igény esetén eltekintünk a beavatkozástól, egyéb konzervatív (nem műtéti) kezelést végezhetünk (gyógyszer, fizioterápia, műtéti megoldás).
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) 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 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 beleegyző nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyző 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.