

## 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.

### LÁB ÉS/VAGY LÁBUJJ VÁLTOZÁSOK MŰTÉTI KEZELÉSE

- Az invazív beavatkozás (műtét) megnevezése:** Kórlapban részletezett láb és lábujj elváltozások műtéti kezelése.
- A beavatkozás célja:** A panaszt okozó láb és lábujjelváltozás (pl. merev öregujj, „bütyök”, kalapácsujj, talpi fájdalom) műtéti kezelése, a fennálló alaki és/vagy funkcionális eltérés javítására.
- A beavatkozás menete, technikája:** A lábműtétet helyi, vezetéssel, gerinc közeli, vagy általános érzéstelenítésben egyaránt el lehet végezni, az érzéstelenítés típusát a beteg tűrőképessége illetve a beavatkozás mérete szabja meg. A műtét során a bőrmetszést és lágyrész védelmet követően csont részlet eltávolítását, csontok átvágását és a műtét típusától függően fonállal, tűződróttal, csavarral vagy lemez segítségével elvégzett újraegyesítést végezzük el. Szükség szerint az inakon és szalagokon is végzünk korrekciót. Dróttűzés alkalmazásánál a drótvég, annak eltávolításáig a bőrfelszínen kívül helyezkedik el. A sebet egyesítjük, szükség szerint esetlegesen draint (kifolyó cső) helyezünk a sebbe. Egyes műtétek után gipszrögzítést is alkalmazunk.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Vérzés, vérömleny kialakulása, érzészavar, mozgászavar, duzzanat, fájdalom, mozgásbeszűkülés, lágyrész elhalás, hegképződés, átmeneti sántítás, ér- és idegkárosodás, gennyes gyulladás az ízületben, csontokban vagy a környező lágyrészekben. Ezek miatt ismételt műtét válhat szükségessé. A műtétet követően a behelyezett fémanyag a felette elhelyezkedő vékony lágyrészek miatt felületi nyomást, fájdalmat okozhat. A tűződrót környezetében gyakran kis kiterjedésű helyi gyulladásos folyamat alakul ki, ennek megelőzésére illetve kezelésére rendszeresen szükséges a kötés steril cseréje. A fémekeket gyakran további műtét során szükséges eltávolítani.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A panaszok visszamaradása, fokozódása, a még ép funkciók károsodása.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** A láb elváltozások jelentős része kezelhető talpbetét, gyógycipő, ortopéd cipő, gyógytorna, fizioterápia, gyulladás- és fájdalomcsillapító gyógyszerek alkalmazásával.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

Ortopédiai Sebészeti Osztály

## 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.