

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.

TELJES CSÍPŐIZÜLETI PROTÉZIS BEÜLTETÉS

- 1. A beavatkozás célja:** a csípőizületi fájdalom minél nagyobb fokú csökkentése, a csípőizületi mozgásterjedelem javítása.
- 2. A beavatkozás menete, technikája:** az érintett combnyak-combfej eltávolítását követően fém-műanyag kombinációjú művi csípőizület beültetése a medence-, illetve combcsontba.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** vérzés, vérömleny-képződés, sebgyógyulási zavar, gennyesedés, ér-, idegkárosodás, sántítás, protézis lazulása, protézis ficama, protézis törése, protézis közeli csonttörés, protézis körüli meszesedés, végtaghossz különbség, tartós végtagi duzzanat, az adott végtag és csípő körvonalának megváltozása, thrombosis, (tüdő)embólia, zavartság, agyi keringési zavar, szív működési zavar, szívinfarktus, szívleállás, halál.
- 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** a csípőizületi és onnan kisugárzó fájdalmak fokozódása, állandósulása; a fájdalmak miatt a mozgáskészség csökkenése következményes testsúlynövekedéssel, szív- és érrendszeri szövődményekkel; a nem szteroid típusú fájdalomcsillapítók tartós szedése következtében vese-, máj- és szívkárosodás, gyomor-béltraktus vérzése.
- 5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** fájdalomcsillapító gyógyszerek szedése (melytől érdemi panaszcsökkenés már nem várható, de szövődményeket okozhat), mankó, bot vagy járókeret használata, fizioterápia (melytől érdemi panaszcsökkenés már nem várható), csonkolt csípő visszahagyása (mely nagyfokú végtagrövidüléssel jár és állandó mankó használatot igényel, manapság már nem is alternatívája a protézis beültetésnek).
- 6. Fentiekkel 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 kezeléseim 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 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.