

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.

TÉRDIZÜLETI TÜKRÖZÉS

- 1. A beavatkozás célja:** a térdizületi panaszokat okozó elváltozás megtekintése üvegszál-optikás kamerarendszer segítségével. A talált elváltozás függvényében, annak műtéti ellátása.
- 2. A beavatkozás menete, technikája:** az adott térden ejtett, kb. 5-7 mm-es metszéson keresztül bevezetett eszközök segítségével történik a térden belüli manipuláció. Bizonyos esetekben szükség lehet a metszések megnyagobbítására, illetve kisebb-nagyobb kiegészítő és segédmetszések ejtésére.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** vérzés, vérömleny-képződés, sebgyógyulási zavar, gennyesedés, ér-, idegkárosodás, sántítás, tartós végtagi duzzanat, az adott végtag és térd körvonalának megváltozása, thrombosis, (tüdő)embólia, zavartság, agyi keringési zavar, szív működési zavar, szívinfarktus, szívleállás, halál.
- 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** a térdizületi és onnan kisugárzó fájdalmak fokozódása, állandósulása; az ízületi porckopás felgyorsulása; 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).
- 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.