

Beleegyező nyilatkozat szürkehályogműtéthez

Alulírott született tanúsítom, hogy engem

Dr. kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. Betegségemről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul): CATARACTA / SZÜRKEHÁLYOG

2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): Oldal ☐ Jobb ☐ Bal

SZÜRKEHÁLYOG ELTÁVOLÍTÁS PHACOEMULSIFICATIOVAL+ MŰLENCSE BEÜLTETÉS

Az érvényes Egészségügyi Törvény előírja számunkra, hogy minden betegünket, minden beavatkozás előtt írásban tájékoztassuk a tervezett beavatkozás lényegéről, a műtét kockázatáról, és a lehetséges szövődményekről. A lehetséges szövődmények listája minden műtéttípus esetében hosszú és az Ön számára esetleg ijesztő komplikációkat tartalmazó felsorolás. A felsorolt szövődmények mindegyike előfordult már a világban a szóban forgó műtéttel kapcsolatban, azonban ez korántsem jelenti azt, hogy egyformán gyakoriak és hogy az Ön esetében mind egyformán valószínűek. Kérjük, az Ön esetével kapcsolatos –esetleg fokozott – kockázattal kapcsolatban konzultáljon a műtétet végző orvossal, vagy kérdezze meg osztályos kezelőorvosát!

A tervezett beavatkozás módjáról, céljáról, lefolyásáról, valamint annak előnyeiről és hátrányairól, összehasonlítva más módszerekkel, felvilágosítást kaptam. Ismertették velem a beavatkozás elhagyásának következményeit. Tudomásomra hozták, hogy bizonyos körülmények esetén a tervezett beavatkozást módosítani, esetleg kiterjeszteni szükséges.

A műtét alatti, és utáni időben lehetséges szövődményekről felvilágosítottak, melyek esetemben a következők lehetnek: gyulladás, vérzés a szemben, az érzéstelenítő injekció beadása során a szemgolyó és látóideg sérülése, szemhéjak véraláfutása, a lencse hátsó tokjának megszakadása (mely miatt esetleg a műlencsét ezen műtét során beültetni nem lehet és újabb műtétet tehet szükségessé), lencsedarabok üvegtestbe esése, üvegtestvesztés, a szaruhártya elszürkülése, másodlagos szemnyomásemelkedés, a seb szétválása illetve megnyílása, varratkilökődés, utóhályog képződés, a műlencse helyzetváltozása, ideghártya vízenyő, ideghártya leválás, látásromlás, és gennyes belső szemgyulladás, mely súlyosabb esetben a szemgolyó eltávolítását is jelentheti. A műtét után szemüveg viselésére is szükség lehet.

3. A javasolt gyógymód lehetséges gyakoribb kockázatairól, szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék. További felvilágosításra nem tartok igényt. Tájékoztattak, hogy a kezelő orvosom folyamatosan kész engem (és/vagy megbízottamat) állapotomról, annak változásairól megfelelően felvilágosítani.

4. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak, melyek a várható gyógyeredményt és a gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják, és hogy kezelőorvosaim ezek elhárítására minden segítséget igénybe vesznek.

5. Felhatalmazom kezelőorvosomat, hogy az általam felhatalmazott családtagomnak, képviselőmnek betegségeimről, állapotomról, annak változásairól a megfelelő felvilágosítást megadja

6. Elfogadom a javasolt kezelést és azzal ellenkező medikációt illetve életmódot nem folytatok.

7. A fenti beleegyező nyilatkozatomban leírt és a szóban magyarázatként elmondott, műtéttel kapcsolatos minden információt felfogtam és megértettem, a műtét elvégzésébe szabad akaratomból beleegyeztem.

Kérdés, megjegyzés: - A beavatkozás előtt, alatt és után szükséges viselkedést, magatartást ismerem.

Ismert előttem, hogy ezt a nyilatkozatot a műtét előtt bármikor visszavonhatom.

A fenti írásos és a jelenleg kapott szóbeli tájékoztatás után a tervezett beavatkozásba és annak módjába, az esetleg szükséges módosításokkal beleegyezem.

A fennálló járványügyi helyzet miatt a szabályok betartása mellett sem zárható ki az esetleges koronavírussal való fertőződés lehetősége. Ezen tény ismeretében és tudomásul vételével az orvos által megajánlott műtétet vállalom.

Kijelentem, hogy minden előttem ismert betegségemről és panaszomról orvosaimat tájékoztattam.

Győr, (év) (hó) (nap)

.....
kezelőorvos aláírása

.....
A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása