

Műtéti beleegyezés

Név:

TAJ:

Születési idő:

Kezelőorvos neve:

Tervezett műtét: Vitrectomia (a szem üvegtestének területén, illetve az üvegtest felől az ideghártyán végzett műtétek)

A tervezett beavatkozás módjáról, lefolyásáról, a műtéti érzéstelenítésről, valamint annak előnyeiről és hátrányairól összehasonlítva más módszerekkel felvilágosítást kaptam. Ismertették velem a műtét elhagyásának következményeit.

Ismertették velem a műtét utáni anatómiai gyógyulás és a látásfunkció javulásának esélyeit, tudomásom van arról, hogy az anatómiai gyógyulás nem jár minden esetben a látás tökéletes feljavulásával.

Tudomásomra hozták, hogy bizonyos körülmények között a tervezett beavatkozást módosítani, esetleg kiterjeszteni szükséges, előfordulhat, hogy további lézeres vagy műtéti beavatkozásra is szükség lehet.

A műtét utáni időben lehetséges szövődményekről felvilágosítottak, amelyek esetemben a következők lehetnek: gyulladás, vérzés, az érzéstelenítő injekció beadása során a szemgolyó illetve a látóideg sérülése, a szaruhártya elhomályosulása, szürkehályog képződés, retina sérülés, retina leválás, gennyes belső szemgyulladás, esetleg jelentős fájdalommal járó másodlagos szemnyomásemelkedés, sebszétválás, varrat, látásromlás, a szemgolyó eltávolítása.

Kérdéseimet ezzel kapcsolatban megválaszolták. Ismert előttem, hogy ezt a nyilatkozatot a műtét előtt visszavonhatom.

A tervezett beavatkozásba és annak módjába az esetleges szükséges módosításokkal beleegyezem. Kijelentem, hogy minden előttem ismert betegségről és panaszomról tájékoztattam kezelő orvosomat.

A beavatkozás előtt és után szükséges viselkedést ismerem, különösképpen:

.....
.....

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.

Kérdés, megjegyzés:

A beteg és a kezelő orvos ezt a nyilatkozatot egyidejűleg írják alá.

G y ő r, 20.... hó-n.

.....
A kezelőorvos aláírása

.....
A beteg, vagy törvényes képviselőjének
aláírása, lakcíme