



Alulírott beleegyezem, hogy rajtam a szürke hályog miatt szükségessé vált szemműtétet elvégezzék. Egészségi állapotomról – beleértve ennek javasolt gyógymódját is – a műtét és az érzéstelenítés kockázatáról, lehetséges szövődményeiről és a műtét várható következményeiről kezelőorvosom szóban tájékoztatott, az ezekről szóló írott tájékoztatókat megkaptam, elolvastam, részemre azt felolvasták, megértettem. Egyetértek a műtéti beavatkozás azon szükséges változtatásaival, amelyeket a műtét alatt szövődmények esetén, vészhelyzetben alkalmazhatnak. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is, a műtét alatt és a műtét után szövődmények (komplikációk) léphetnek fel, melyek esetleg akár a látás teljes elvesztését okozhatják és, hogy bizonyos komplikációk fellépése esetén újabb műtétre lehet szükség.

Amint az általam megkapott tájékoztatóban is szerepel, az alábbi szövődmények lehetségesek:

Műtét közbeni lehetséges szövődmények:

- A lencse hátsó tokjának a szakadása, amely meghiúsíthatja a műlencse beültetését. Ebben az esetben a műlencsét később, újabb műtét során ültetjük be.
- A lencsetok szakadásán keresztül lencsedarabok kerülhetnek a szem belsejébe, mely további műtétet tesz szükségessé.
- A szem belsejében történő vérzés.

Műtét utáni lehetséges szövődmények:

- A leggyakoribb szövődmény a hátsó tok elhomályosodása, az úgynevezett másodlagos hályog, ami a műtét után hónapokkal, évekkel alakulhat ki. Ebben az esetben a lencse hátsó tokja, mely a műtét közben a helyén maradt és tartja a műlencsét, homályossá válik, látásromlást okozva. Ez az állapota hátsó tok lézerkezelésével gyógyítható.
- Az operált szem különböző mértékű fertőzése, gyulladása, melyet észlelve általános és helyi gyógyszeres kezelés, rendkívül ritkán újabb műtéti feltárás szükséges
- A szem, vagy szemhéj véraláfutása
- Magas szembenyomás kialakulása
- Szaruhártya homályosság
- A műlencse elmozdulása
- Látóhártya vizenyő
- Látóhártya leválás, mely akár a látás elvesztésével is járhat
- Allergia az alkalmazott szemcseppre

Hozzájárulok, hogy a tervezett műtétet helyi érzéstelenítésben végezzék el, ennek veszélyeiről, esetleges szövődményeiről kielégítő tájékoztatást kaptam. Amennyiben szem mögé adott érzéstelenítő injekcióra van szükség, annak adásába a szövődmények ismeretében szintén beleegyezem (bevérzés, szemnyomás fokozódása, allergiás reakció, ritkán keringési-, légzési nehézségek, ami akár keringéstámogatást, gépi lélegeztetést is szükségessé tehet).

Általam ismert betegségeimről (pl. cukorbetegség, magas vérnyomás, vérzékenység, zöld hályog), valamint az allergiákról, gyógyszer- érzékenységeimről kezelőorvosomat tájékoztattam. A szóban feltett kérdéseimre megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek arról, milyen kezelést szeretnék. Felvilágosítottak arról is, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelésekből bármelyikének vagy mindegyikének visszautasítására. Az emiatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény



alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését – a várható kockázatokról való tájékoztatás ellenére – nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A kezelésbe (műtétbe, stb.) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján, minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam, illetve törvényes képviseltemen a műtétet végezzék el.

Aláírással elismerem, hogy az Egészségügyi Törvényben (1997. CLIV. tv.) foglalt jogaimnak megfelelően minden szükséges tájékoztatást (ideértve az ellátás kapcsán fizetendő esetleges térítési díjakat) megkaptam, azt megértettem.

Dátum:

.....
orvos aláírása

.....
beteg olvasható aláírása

vagy

.....
törvényes képviselő aláírása (1)

beteg neve:
születési helye:
születési ideje:
lakcíme:

törv. képv. neve:
születési helye:
születési ideje:
lakcíme:

(1) Cselekvőképesség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

Bár betegségem természetéről részletes felvilágosítást kaptam, **a tervezett műtétbe nem egyezem bele, annak következményeiért a felelősséget vállalom.**

.....
orvos aláírása

.....
beteg olvasható aláírása

vagy

.....
törvényes képviselő aláírása (1)

beteg neve:
születési helye:
születési ideje:
lakcíme:

törv. képv. neve:
születési helye:
születési ideje:
lakcíme:

(1) Cselekvőképesség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!