



# BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZÜRKEHÁLYOG MŰTÉTBÉ

TÁJ/1329

Osztály neve:  
Osztályvezető:

OEP KÓD:  
Tel.:

## Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat szürkehályog műtétbe

Beteg neve:  
Lakcíme:  
Anyja neve:

Születési ideje:  
TAJ száma:  
Törzsszáma:

A tervezett beavatkozás céljáról, lefolyásáról, valamint annak előnyeiről és hátrányairól felvilágosítást megkaptam.

Ismertették velem a beavatkozás elhagyásának következményeit.

Tudomásomra hozták, hogy bizonyos körülmények esetén a tervezett beavatkozást módosítani szükséges és a műlencsét beültetni nem lehet.

A szürkehályog betegségről és műtétről szóló tájékoztatót tudomásul vettem, a műtét közbeni és utáni lehetséges szövődményekről tájékoztattak, melyek a következők lehetnek:

Gyulladás, vérzés, az érzéstelenítő injekció beadása során a szemgolyó látóideg sérülése, gennyes szemgyulladás, szaruhártya elszürkülés, másodlagos szemnyomás emelkedés, sebszétválás, varrat kilökődés, műlencse helyzetváltoztatása, ideghártya vizenyő, látásromlás, a szemgolyó eltávolítása.

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

Kijelentem, hogy minden előttem ismert betegségről és panaszomról a kezelő orvosomat tájékoztattam.

**Kijelentem, hogy a beavatkozással kapcsolatban így, annak jelentőségével és lehetséges szövődményeivel kapcsolatban a kellő felvilágosítást megkaptam, azt megértettem és tudomásul veszem. A beavatkozás elvégzésébe önként beleegyezem.**

Karcag, 20.....

.....  
felvilágosítást végző orvos

.....  
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Tanúk:

1. ....  
név


2. ....  
név


Lakcím: .....  
.....

Lakcím: .....  
.....

.....  
aláírás

.....  
aláírás

Készítette: 

Jóváhagyta: 

Verzió: 07

Dátum: 2012. október 15.

1/1