

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Térd tükrözése</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-TRM-42.</b> <b>Verziószám: 1</b>
--	---	--

*Betegadatok*

<b>Beteg neve:</b> #!NEV;	<b>TAJ szám:</b> #!TAJ;
<b>Anyja neve:</b> #!BANYJANEVE;	<b>Születési idő:</b> #!SZULIDO;

**Cselekvőképтелenség esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai (név, szül.idő, anyja neve, lakcím):**

Rokonsági foka :

- |   |  |
|---|--|
| a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában<br>b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes<br>ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában<br>bb) gyermeke, ennek hiányában<br>bc) szülője, ennek hiányában<br>bd) testvére, ennek hiányában<br>be) unokája | c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes<br>ca) gyermeke, ennek hiányában<br>cb) szülője, ennek hiányában<br>cc) testvére, ennek hiányában<br>cd) nagyszülője, ennek hiányában<br>ce) unokája |
|---|--|

<b>1. Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):</b> A térdízületen belüli képletek sérülése, kopása, szakadása.
<b>2. Beavatkozás megnevezése:</b> A térdtükrözés során áttekintjük a képleteket, ezáltal felismerhetők a sérülések és elváltozások, melyek együlésben ellátásra kerülhetnek. Korai gyógytornát kezdünk. A műtétet az altatóorvos által megválasztott érzéstelenítésben, vértelenítő mandzsetta felhelyezése mellett végezzük.
<b>Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:</b>
<b>Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja</b>
<b>3. A javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének, ill. elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata:</b> <u>A beavatkozás/ műtét előnyei:</u> A műtét során lehetőség nyílik a térd funkciójának helyreállítására, a fájdalom okának megszüntetésére. <u>A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei:</u> A térd panaszai megmaradnak, és fokozódhatnak.
<b>4. Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:</b> Műtét nélkül a panaszok változatlanok, sok esetben fokozódnak. A sérült képletek ellátására nyílt műtét is végezhető, amely esetében a szövődmények gyakoribbak. Ritka esetekben a tükrözés során a térdízület feltárására kényszerülünk.

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Térd tükrözése</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-TRM-42.</b> <b>Verziószám: 1</b>
--	---	--

**5. A beavatkozás lehetséges szövődményei és azok kezelése:**

A kezelés eredményességéért, rizikómentességéért a tudomány mai állása szerint teljes felelősséget az orvos nem vállalhat. Műtét alatti szövődmény lehet vérzés, ér, ideg sérülése. Ezek jelentős része azonban még a műtét alatt észrevehető és helyrehozható. A műtét után előfordulhat ízületi vérömleny kialakulása. A műtét utáni szakaszban előfordulhat utóvérzés, sebváladékozás, sebkörnyéki vérömleny, mély lágyrész fertőzések, bekövetkezhet mozgászavar, nem teljes gyógyulás. Szövődmények kialakulásának okozója lehet fennálló, egyéb kísérőbetegségek is (magas vérnyomás, különféle szívbetegségek, cukorbetegség, stb). Műtét után természetesen tájékoztatni fogjuk Önt a valós műtéti helyzetről és az elvégzett beavatkozásról. A műtéttel összefüggő szövődményeken túl vannak olyan komplikációk, melyek nem közvetlen műtéti beavatkozás következményei, hanem hosszas kórházi kezelés, immobilizáció velejárói, pl: tüdőgyulladás, felfekvés.

**6. A javasolt beavatkozás elvégzése után előforduló panaszok, melyek spontán vagy orvosi beavatkozásra megszűnnek:**

A műtét után csak a legritkább esetben fordul elő, hogy valakinek ne legyen kisebb-nagyobb panasza. Leggyakoribb panaszok: fájdalom, (a műtéti beavatkozás nagyságától függően), vérzéses szövődmények, hányinger, hányás, fáradtság, az életkortól és a műtéti beavatkozás nagyságától függő zavartság, delírium, katéter viselést követően jelentkező húgyuti fertőzés, láz, székrekedés, sebszétválás, hegesedés. A panaszok egy része spontán szűnhet, vagy orvosi beavatkozást követően szanálódhat.

**7. Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**

Műtét után a kórházban tartózkodás ideje 2-3 nap, a műtét előtti aktivitás visszatérése általában 1 hónap múlva várható. Mindezeket természetesen a kísérőbetegségek megléte, az esetleges szövődmények, a beteg állapota befolyásolhatják. Kérjük, hogy a vizitek alkalmával minden esetlegesen fellépő panaszára hívja fel kezelőorvosának figyelmét.

**8. A beteg kérdései és a kérdésekre adott válaszok:**

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Térd tükrözése</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-TRM-42.</b> <b>Verziószám: 1</b>
--	---	--

**A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.**

Felhatalmazom kezelő orvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a műtétet / beavatkozást a szükséges mértékben, gyógyításom érdekében belátásuk szerint kiterjesszék / megváltoztassák, kivéve:

.....  
Tudomásul veszem, hogy a műtét / beavatkozás eredménye előre nem garantálható és hogy a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt, vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások elutasítására, ezt saját kézirással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatt a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akik által végzendő beavatkozásokat nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom. Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti betegtájékoztatót

Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

**1. A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.**

Zalaegerszeg, .....

..... tájékoztatót adó orvos neve aláírása, pecsétje	..... beteg vagy törvényes képviselő vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult
--	---

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

..... 1. tanú (név, lakcím)	..... 2. tanú (név, lakcím)
--------------------------------	--------------------------------

