

Beleegyező nyilatkozat

Dermatochalasis ellenes műtét

Beteg neve:**Kezelőorvos neve:****Születési dátum:****Diagnózis:****TAJ szám:****Oldal:**☐ jobb☐ bal

A dermatochalasis a felső szemhéjbőr lazasága, mely előrehaladott állapotban a pillákat nyomva, a felső szemhéjszél alá csünghet. Ezzel, ún. pseudoptosist okozva, rontva a látást, szűkítve a látóteret. Megoldása műtéti: a bőrkettőzet eltávolítása.

Az eljárás technikája: A kóros bőrfelesleg helyi (injekciós) érzéstelenítésben történő eltávolítása, majd a sebszélek varratokkal történő egyesítése. Az eljárás fekvő testhelyzetben történik.

A műtét alatt és utáni időben lehetséges szövődményekről felvilágosítottak, amelyek a következők lehetnek: vérzés, a környező bőrterületek alávérzése, duzzanata, a kezelt terület alul vagy túlérzékenysége, varratelégtség, gyulladás, sebgyógyulási zavar, szövetelhalás, tágabb szemrés, aszimmetria, szemhéjzárási elégtelenség.

Tudomásul veszem, hogy minden bőrmetszés heggel gyógyul.

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.

Ismert előttem, hogy beleegyezésemet a beavatkozás előtt bármikor visszavonhatom.

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

A beavatkozás előtt és után szükséges viselkedést ismerem. Kérdéseimet ezzel kapcsolatban megválaszolták.

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

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

Sopron, 20

orvos aláírása

beteg (a beteg gyámja) aláírása