

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

**Panretinalis és fokális laser kezeléshez
(az ideghártya lézerkezelései)**

A beteg adatai:	Korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen beteg törvényes képviselőjének (hozzátartozójának) neve:
név	
születés dátuma	
TAJ	

Kezelőorvos neve:

 Jobb szem **Bal szem**

Beavatkozás leírása, előnyei, kockázatai, elmaradásának kockázatai, helyettes gyógymód és lehetséges kockázatai:

A beavatkozás alatti, és utáni időben lehetséges szövődmények a következők lehetnek: szaruhártya sérülés, gyulladás, vérzés, retina sérülés, retina leválás, átmeneti retina vizenyő, szemnyomás emelkedés, látásromlás, látótér szűkület. A tervezett beavatkozás módjáról, céljáról, lefolyásáról, valamint annak előnyeiről és hátrányairól, összehasonlítva más módszerekkel, felvilágosítást kaptam. Ismertették velem a beavatkozás elhagyásának következményeit. Ismertették velem a beavatkozás utáni anatómiai gyógyulás és a látásfunkció javulásának esélyeit, tudomásom van arról, hogy az anatómiai gyógyulás nem jár minden esetben a látás tökéletes feljavulásával.

Alulírott, jelen nyilatkozat aláírásával tanúsítom, hogy engem a fent megnevezett orvos megfelelő, számomra érthető módon és részletesen tájékoztatott az előzőekben leírtakról. A tervezett beavatkozás módjáról, céljáról, lefolyásáról, valamint annak előnyeiről és hátrányairól, összehasonlítva más módszerekkel, felvilágosítást kaptam. Ismertették velem a beavatkozás elhagyásának következményeit is. Tudomásomra hozták, hogy bizonyos körülmények között a tervezett beavatkozást módosítani, esetleg kiterjeszteni szükséges, előfordulhat, hogy további lézeres vagy műtéti beavatkozásra is szükség lehet. Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásumat.

Az orvos által adott felvilágosítást, a betegséggemmel és a tervezett beavatkozással kapcsolatban adott tájékoztatást teljes egészében megértettem. A szóban feltett kérdéseimre kezelőorvosomtól megfelelő válaszokat kaptam, azokat megértettem. Elegendő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy döntsek arról, hogy gyógyulásom érdekében milyen gyógymódot kívánok igénybe venni. A fentieket meghaladó tájékoztatásról kifejezetten lemondok. Kijelentem, hogy minden előttem ismert betegségről és panaszomról kezelő orvosomat tájékoztattam. Tudomással bírok arról, hogy a felajánlott beavatkozást bármikor elutasíthatom, ebben az esetben azonban kezelőorvosomat felelősség nem terheli a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Az írásos és szóbeli tájékoztatás után a tervezett beavatkozásba és annak módjába, az esetleges szükséges módosításokkal beleegyezem.

Szekszárd, 20.....

.....
orvos aláírása, pecsétje.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása