

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

**Glaukóma ellenes lézeres beavatkozáshoz
(lézeres trabeculoplastica, perifériás irisplastica, lézér iridotomia)**

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 szemnyomás csökkentésére, illetve megfelelő értéken tartására végzett lézeres beavatkozás a legalkalmasabb a jelen pillanatban **A) magas szemnyomásom csökkentésére, B) glaukómás roham kialakulásának megelőzésére.** A beavatkozás felszíni (szemcseppel történő) érzéstelenítésben történik. Tudomásul veszem, hogy a lézeres szemnyomás csökkentés a látást nem javítja közvetlenül, hasznos hatása a jó látás hosszú távú megőrzésében van. Sok esetben glaukóma ellenes szemcseppek használata lézerkezelés után is szükséges. Tudomásul veszem továbbá, hogy a szemnyomás csökkentő lézerkezelés hatása az esetek egy részében néhány év után csökken. A kezelést átmeneti szemnyomás-emelkedés, steril szivárványhártya gyulladás és átmeneti irritáció érzés kísérheti, ezért a lézerkezelést követő napokban fokozott ellenőrzés és kiegészítő szemészeti kezelés (gyulladáscsökkentő szemcsepp használata) szükséges. A lézeres kezelés után a látás néhány órán át homályos, a beavatkozáshoz szükséges pupillaszűkítés és a kontaktlencséhez alkalmazott sűrű folyadék miatt.

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. Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyuláshoz.

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 felelősségem 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