

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

**Másodlagos szürkehályog lézeres kezeléséhez
(Nd:YAG lézeres capsulotomia)**

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 hátsó lencsetok átlátszatlanná válása (fibrosisa) a modern szürkehályogsebészet egyik leggyakoribb késői szövődménye. Előfordulási gyakorisága a műtét után egy évvel 2-16%, öt év múlva 25-30% is lehet. Elhárítására a címben megjelölt lézeres kezelés szolgál. A hátsó lencsetok YAG lézeres kezelésének indikációját szakorvos állíthatja fel és a kezelést is szakorvosnak kell elvégeznie. A kezelés ülő testhelyzetben, réslámpás nagyítás mellett, felszíni (szemcseppes) érzéstelenítésben történik megfelelő kontaktlencse segítségével. A lehetséges szövődményekről felvilágosítottak, amelyek esetében a következők lehetnek: Korai szövődmények: szaruhártya vizenyő, vérzés a csarnokba, a műlencse sérülése, szemnyomás emelkedés. Késői szövődmények: ideghártya vizenyő, cystoid macula oedema, ideghártya leválás.

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 gyógyulásomat.

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 döntsék arról, hogy gyógyulásom érdekében milyen gyógymódot kívánok igénybe venni. A fentieket meghaladó tájékoztatásról kifejezetten lemondok. Kijelentem, hogy minden előttem ismert betegségemről 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