

NYILATKOZAT

Alulírott **#!NEV;**, **#!SZULIDO;**, **#!TAJ_TAGOLT;**, tudomásul veszem, hogy szembetegségem miatt lézerkezelés szükséges. A kezelés nem a látás javítását célozza, hanem az egyébként befolyásolhatatlanul előrehaladó folyamat megállítását. A kezeléshez szükséges előkészítés miatt (pupillatágítás, érzéstelenítés) átmeneti látászavarok alakulhatnak ki. Az alapbetegségem (diabetes, hypertonia, stb.) következtében akár nagyobb fokú látásromlást előidéző szemfenéki, vagy üvegtesti vérzés is előfordulhat.

A lézerkezelés nem minden esetben tudja szembetegségem rosszabbodását megakadályozni, de azt is tudom, hogy jelenleg más lehetőség betegségem kezelésére nincs.

Beleegyezem, hogy kezelőorvosom a szükséges lézerkezelést rajtam elvégezze.

Miskolc, **#!AKTDATUMHONAPNEVVEL;**

.....

aláírás