

HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT
A szemlencse hátsó tokjának lézerrel történő megnyitásához
(Nd-YAG laser-capsulotomia)

Alulírott kijelentem, hogy a fenti megnevezésű orvosi eljárásra vonatkozóan az alábbi felvilágosítást kaptam:

1. Az eljárás célja: A szemlencse hátsó tokján lévő megvastagodások a látást jelentősen rontják. A kezelés célja a hátsó tok megnyitása, és ezáltal a látás javítása.
2. Az eljárás technikája: A szem megnyitása nélkül lézerfényvel végezhető a beavatkozás. A kezelés réslámpánál történik, ülő helyzetben, előzetesen érzéstelenített szemem.
3. Az eljárás esetleges veszélyei és az eddigi tapasztalatok: Ritkán előfordulhat ideghártya-leválás, szemem belüli vérzés, átmeneti gyulladás, átmeneti szemnyomás-emelkedés, műlencse-sérülés.
4. Ezen eljárás elmaradásának veszélyei és más eljárási lehetőségek: Más hasonló eredménnyel biztató kezelés jelenleg nem ismeretes. A kezelés elmaradása a látás további romlásához vezethet.
5. A fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az erre kapott válaszok:
6. A fentiekről számomra részletes és érthető tájékoztatást adott:
Dr..... (olvasható aláírás)
7. Ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok hozzájárulok – nem járulok hozzá (1) a fenti beavatkozások elvégzéséhez.

Jelen döntésemet akkor hoztam, amikor minden kérdésemre választ kaptam, így a szükséges adatok rendelkezésemre álltak, tudomásul véve azt is, hogy átlagostól eltérő kockázatot jelenthet a kivizsgálás során ez idáig fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Miskolc, #!AKTDATUM;

A beteg olvasható aláírása:

A törvényes képviselő olvasható aláírása (2):

.....

.....

Név:...#!NEV;

Név:.....

Lakhely:...#!BIRSZAM;#!BVAROS;

Lakhely:.....

...#!BUTCA;

.....

Születési idő:...#!SZULIDO;

Születési idő:.....

(1) Nem kívánt rész törlendő!

Cselekvőképzetlenség vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett csak a törvényes képviselő írhatja alá!