

**Ez a betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat az 1997. évi CLIV egészségügyi törvény alapján készült.**

Alulírott.....(név).....(szül. idő hely)  
.....sz. alatti lakos ezen nyilatkozat  
aláírásával elismerem, hogy engem .....kellő mértékben  
felvilágosított az egészségi állapotom hátrányairól, valamint a beavatkozással járó kockázatról,  
annak leggyakrabban előforduló szövődményeiről.

**Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat  
Utóhályog laseres megnyitásához  
(laser capsulotomia)**

**TISZTELT BETEGÜNK!**

Az előzetes vizsgálatok alapján megállapítást nyert, hogy Ön látása utóhályog betegség miatt romlott le. Ez a betegség műtéttel az esetek nagy részében gyógyítható.

A műtét elmaradásának várható következményei:

A tudomány mai állása szerint ez a betegség csak műtéti úton gyógyítható. Ennek elmaradása esetén a látás a vizsgálatkori gyenge szinten marad.

Általában helyi érzéstelenítés mellett kb. néhány perc alatt elvégezhető a műtét, melynek során az átlátszatlaná vált hátsó lencsetokon laser segítségével nyílást vágunk. Ritkán a helyi érzéstelenítésnek lehetnek szövődményei (szemháj kipirosodás, viszketés), amelyek a mai körülmények között rendszerint maradandó következmények nélkül elháríthatók.

- A műtét után szükséges gyulladáscsökkentő csepp használata, melyek részletes adagolásáról zárójelentésén kap tájékoztatást csakúgy, mint a kontroll időpontjáról.
- Az életmódbeli megkötések a szürkehályog műtét utánihoz hasonlóak, nehéz fizikai munka kerülendő.

**A fenti írásbeli tájékoztatást a szóbeli kiegészítésekkel együtt megértettem. Tudomásul veszem, hogy a fenti és a szóbeli tájékoztatás a műtét során bekövetkező a leggyakoribb eshetőségeket tartalmazza és lehetségesek ezen kívül nem szokványos események.**

**FIGYELEM!**

A kapott tájékoztatás alapján a fenti beavatkozás elvégzéséhez hozzájárulok, annak kockázatát vállalom.

Kazincbarcika, .....

.....  
orvos aláírása

.....  
beteg olvasható aláírása

.....  
vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Beteg neve:  
Születési ideje:  
Születési helye:  
Lakcíme:

Törv. képv. neve:  
Születési ideje:  
Születési helye:  
Lakcíme:

**(1)** Korlátozott cselekvőképes, illetőleg cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő (hozzátartozó) adja. Korlátozott cselekvőképes beteg esetén javasolható a beteg önálló nyilatkozattétele is, ez azonban a törvényes képviselő (hozzátartozó) nyilatkozatát nem pótolja.

.....  
(1) Tanú aláírása

.....  
(2) Tanú aláírása

(1) Tanú neve:.....  
Születési dátum:.....  
Lakcím:.....  
.....

(2) Tanú neve:.....  
Születési dátum:.....  
Lakcím:.....  
.....