

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 levő 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 lézer-fénnyel végezhető a beavatkozás. A kezelés réslámpánál történik, ülő helyzetben, előzetesen érzéstelenített szemén.
- 3. Az eljárás esetleges veszélyei és az eddigi tapasztalatok:** Ritkán előfordulhat ideghártya leválás, szemén belüli vérzés, átmeneti gyulladás, átmeneti szemnyomás emelkedés.
- 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 — nem járulok (1) hozzá 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.

A beteg olvasható aláírása:

Név: _____

Lakhely: _____

Születési idő: _____

A törvényes képviselő olvasható aláírása

(2):

Név: _____

Lakhely: _____

Születési idő: _____

(1) nem kívánt rész törlendő

(2) cselekvőképtelenség vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett csak a törvényes képviselő írhatja alá!