



KOMÁROM-ESZTERGOM VÁRMEGYEI
SZENT BORBÁLA KÓRHÁZ
SZEMÉSZETI OSZTÁLY
2800 Tatabánya, Dózsa Gy. út 77.
Tel.: 34/515-488, Fax: 34/317-025
www.tatabanyakorhaz.hu



PANRETINALIS ÉS FOKÁLIS LÉZERKEZELÉS (AZ IDEGHÁRTYA LÉZERKEZELÉSEI)

Beteg neve: (nyomtatott betűkkel) :

TAJ:

Felvilágosítást kaptam a tervezett beavatkozás módjáról, lefolyásáról, valamint annak előnyeiről és hátrányairól, összehasonlítva más módszerekkel. Ismertették velem a beavatkozás elhagyásának következményeit.

Ismertették velem a műtét utáni anatómiai gyógyulás és a látásfunkció javulásának esélyeit, tudomásom van arról, hogy az anatómiai gyógyulás nem jár minden esetben a látás tökéletes feljavulásával.

Tudomásomra hozták, hogy bizonyos körülmények között a tervezett beavatkozást módosítani, esetleg kiterjeszteni szükséges, előfordulhat, hogy további lézeres vagy műtéti beavatkozásra is szükség lehet.

A beavatkozás utáni időben lehetséges szövődmények a következők lehetnek: szaruhártya-sérülés, gyulladás, vérzés, ideghártya-sérülés, átmeneti ideghártya-vizenyő, szemnyomás-emelkedés, látásromlás, látótérszűkülés.

A szövődmények listája minden műtétípus esetében hosszú és a beteg számára ijesztő komplikációkat tartalmazó felsorolás. A felsorolt szövődmények mindegyike előfordult már a világban a szóban forgó műtét után, azonban ez korántsem jelenti azt, hogy egyformán gyakoriak, és hogy az Ön esetében mind egyformán valószínű. Kérjük, az Ön egyedi esetével kapcsolatos kockázatról konzultáljon a műtétet végző orvossal vagy kérdezze meg osztályos kezelőorvosát.

Teljes körű tájékoztatást kaptam egészségi állapotomról, a szükséges kezelésről; ezen információk birtokában hozzájárulok a szükséges beavatkozáshoz az esetleges szükséges módosításokkal együtt.

Kijelentem, hogy minden előttem ismert betegségről és panaszomról kezelőorvosomat tájékoztattam.

Beteg (törvényes képviselő) aláírása:-----

Orvos aláírása:

Dátum: