

|                           |                                 |
|---------------------------|---------------------------------|
| A beteg neve:             | A betegség/sérülés megnevezése: |
| A beteg születési dátuma: | • magyarul:                     |
| A beteg lakcíme:          | • latinul:                      |
| A beteg TAJ-száma:        | A beavatkozás neve:             |
|                           | A beavatkozás oldala: jobb bal  |

### Kedves Betegünk (Törvényes képviselő / Meghatalmazott / Támogató)!

A beavatkozás, amelyet tervezünk invazív jellegű, melyhez az Ön beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt tájékoztatjuk a betegségről/sérüléséről, a beavatkozás javasolt módjáról, alternatíváiról, következményeiről, ezek jövőbeli életmódjára kiható hatásairól, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, illetve a kezelés lehetséges korai és késői szövődményeiről.

- 1./ **Cselekvőképtelen**, vagy az egészségügyi jognyilatkozat-tételi ügycsoportban cselekvő-képességében részlegesen korlátozott, vagy az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatóval rendelkező személy esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai /kérjük a bírói végzés csatolását/:

Név:..... Születési idő:.....

Anyja neve:..... Lakcíme:.....

- 2./ **Meghatalmazás** esetén a nyilatkozattevő személy adatai és rokonsági foka (meghatalmazás esetén kérjük a közokiratba, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt meghatalmazás csatolását):

Név:..... Születési idő:.....

Anyja neve:..... Rokonsági foka:.....

Lakcíme:.....

- 3./ **Meghatalmazás hiányában**, a beteg cselekvőképtelensége miatt a nyilatkozattevő személy adatai és rokonsági foka (név, születési idő, anyja neve,

Név:..... Születési idő:.....

Anyja neve:..... Rokonsági foka:.....

Lakcíme:.....  
.....

**Meghatalmazás hiányában a nyilatkozattevő személy:**

- a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában  
b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes  
ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában,bb) gyermeke, ennek hiányában, bc) szülője, ennek hiányában, bd) testvére, ennek hiányában, be) unokája  
c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes  
ca) gyermeke, ennek hiányában, cb) szülője, ennek hiányában, cc) testvére, ennek hiányában, cd) nagyszülője, ennek hiányában, ce) unokája

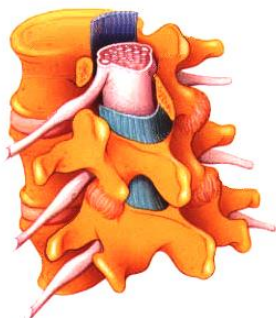
**A betegség/sérülés megnevezése**

A klinikai kép és az elvégzett vizsgálatok ágyéki porckorongsérvet (*hernia disci intervertebralis* ) igazoltak.

**A betegség/sérülés leírása**

A betegség lényege, hogy a csigolyák között elhelyezkedő porckorongok valamelyikének elfolyósodó bennébe kitüremkedik és egy vagy több ideggyöknek nekifeszülve végtagba sugárzó derékfájdalmat, zibbadást, érzéscsökkenést, vegetatív (vizelet-, székletürítési, esetleg erekciós) zavart vagy végtaggyengeséget okoz. Recidíváról akkor beszélünk, ha a porckorongsérvt a korábbi műtét magasságában kiújul.

**A betegség/sérülés leírása, rajzos kiegészítéssel**



**A műtéti eljárás(ok)**

**A műtét indikációi (a beavatkozás elvégzését indokló tényezők):**

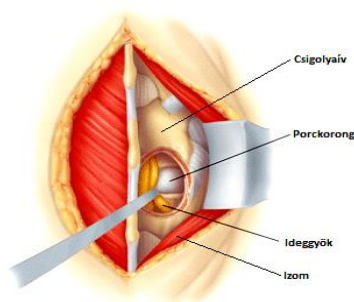
Abszolút műtéti indikációt jelent a friss, ideggyökhöz köthető végtaggyengeség, a vizelet-, székletürítési, valamint az erekciós zavar. A konzervatív terápiára nem szűnő fájdalom önmagában relatív műtéti indikáció.

• **Általános megjegyzések:**

- A műtétet általános érzéstelenítésben, altatásban végezzük, melynek részleteiről, módjáról, kockázatairól és lehetséges szövődményeiről az altatást végző orvos fogja Önt tájékoztatni és kérni írásos beleegyezését.
- A beleegyezés megtörténtének tényét az Ön műtétjét végző orvosa beavatkozás előtt ellenőrzi, ennek hiányában a jelen műtétet nem áll módunkban elvégezni.

• **Az ellátás/műtét folyamata:**

- Az alkalmazott műtétek, a sérv elhelyezkedésétől függően technikailag különbözőek, közös bennük azonban, hogy az érintett ideggyök/ideggyökök dekompressziójára irányulnak. Általánosságban elmondható, hogy a beteget hasra fektetjük. Műtéti bőrfertőtlenítést követően 4-5 cm hosszú középvonali metszést ejtünk. Az érintett oldalon a gerinc melletti izomzatot a középvonaltól eltartjuk. Ezt követően mikrosebészeti módszerekkel, operációs mikroszkóp alatt dolgozunk. Ahhoz, hogy a sérvhez, illetve a porckoronghoz hozzáférjünk, a felettük elhelyezkedő sárgaszalagot kimetsszük (*flavotomia*, recidív sérv esetén *reflavotomia* és hegkimetszés, azaz *cicatrektomia*), a csigolyaívek egy részét pedig csontcsípő vagy véső segítségével elveszük (az eltávolításra kerülő csigolyarész alapján *arcotomia*, *hemilaminectomia*, *laminectomia* vagy *extraforaminalis feltárás*). A gerinc stabilitását mindez nem befolyásolja. Az ideggyököt óvatosan eltartjuk, a sérvet, valamint a korong degenerált tartalmát egyaránt eltávolítjuk. Utóbbi lépéssel (*microdiscectomia*) a sérvkiújulás kockázatát csökkentjük. Mivel a bőrt általában felszívódó varratsorral zárjuk, így varratszedésre nincs szükség.



- **Az ellátás/műtét műtéti alternatívája, annak előnye/hátránya:**

.....

**Az Ön esetében választott műtéti megoldás:**

.....  
.....

**Lehetséges műtéti szövődmények**

- **Általános megjegyzések:**

- A tudomány mai állása szerint a kezelés eredményességéért és szövődménymentességért nem vállalhat abszolút garanciát a kezelőorvos.
- Bármely műtéti beavatkozásnál előfordulhatnak olyan kisebb, illetve jelentősen csökkenő gyakorisággal súlyos vagy rendkívül súlyos, akár halálhoz vezető károsodások, szövődmények, melyek a kezeléseknak nem szükségszerű velejárói, melyek bekövetkezte az orvos elvárható gondossága és körültekintése melletti betegellátás esetén is kialakulhatnak, és bekövetkeztük nem látható előre, ezért eleve el sem háríthatók.
- Értелеmszerű, hogy ezekért a műtétet/beavatkozást végző személyt nem terheli felelősség, ezt a kockázatot a betegnek kell vállalnia, amikor beleegyezést ad a műtétnek. Ilyen kockázati tényezők pl. a szokatlan anatómiai viszonyok, más társuló betegség vagy kóros állapot, a szervezet szokatlan reakciója a műtét során felhasznált anyagokra illetve magára a műtéti beavatkozásra, nem sterilítási hibából fakadó ún. endogén fertőzés, megfelelő tanúsítvány ellenére előforduló anyaghiba. Mindezek a mindennapi gyakorlatban vérzés, utóvérzés, véletlen sérülés, belső varratelégtelesség, varratkilökődés, sebgyógyulási zavar, a várttól elmaradó gyógyeredmény illetve késői szövődmények (pl. hegesezés vagy hasüregi műtétek utáni bélösszenövés talaján kialakuló működési zavar) formájában jelentkezhetnek, de ezek statisztikai gyakorisága messze elmarad a műtét nélkül bekövetkező állapotromlás valószínűségéhez képest.

- A szövődmények, kockázatok elkerülése céljából a szakmai protolloknak megfelelően alkalmazunk trombózis és antibiotikum profilaxist, illetve mindent elkövetünk a műtéttel összefüggő esetleges szövődmények, kockázatok időben történő felismeréséért és e következmények megszüntetéséért.
- A szövődmények együttes jelentkezése sajnálatosan növeli az életveszélyes és/vagy halálos kimenetelű műtéti szövődmények esélyét.
- Amennyiben bármilyen szövődmény lép fel, osztályunk, illetve társintézményeink rendelkeznek az annak elhárításához szükséges eszközökkel és megfelelően képzett szakemberekkel.

|                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|
| A beteg/nyilatkozattételre jogosult aláírása:                          |  |
| A Tanú 1. aláírása (kizárólag, ha szóban történik a nyilatkozattétel): |  |
| A Tanú 2. aláírása (kizárólag, ha szóban történik a nyilatkozattétel): |  |

- **Általános (heveny vagy késői) műtéti szövődmények lehetnek tehát:**
  - \* Embólia, trombózis
  - \* Vérzés, utóvérzés
  - \* Fertőzés átvitele
  - \* Sebgyógyulási zavar, sebfertőzés
  - \* Bőr-, ér-, ideg- és lágyrészsérülések (fektetés, fertőtlenítő szerek, elektromos kés)
  - \* Láz, kóros lázas állapot
  - \* Kóros keringési reakció
- **A javasolt műtéttel kapcsolatos speciális szövődmények, melyek akár újabb műtéti beavatkozást tehetnek szükségessé:**
  - \* Végtaggyengeség, bénulás
  - \* Vegetatív zavar
  - \* Agyvízcsorgás, központi idegrendszeri gyulladás
  - \* Csigolyatest gyulladás (spondylodiscitis), tályogképződés.
  - \* Sérvkiújulás (korai recidíva)

### **Műtét/beavatkozás utáni kezelés**

A műtét napján ágynyugalom és a végtagok óvatos, ágyon belüli tornáztatása javasolt. A műtét utáni második napon szigorú gerinckímélet mellett felkelhet. Amennyiben szükséges, fájdalmait gyógyszeresen csillapítjuk, a gyengült izomzat szelektív ingeráram kezelését elkezdjük, ill. annak otthoni folytatására javaslatot teszünk. Szövődménymentes esetben a műtétet követő harmadik napon otthonába bocsátjuk. Hazabocsátását követően pontosan megjelölt, az előjegyzési rendben rögzített időpontban, 6 hét múlva várjuk kontroll vizsgálatra szakambulanciánkon.

### **Műtét/beavatkozás hatása az életmódra/életminőségre**

#### **A műtét/beavatkozás lehetséges alternatívái**

Konzervatív terápia, azaz tüneti fájdalomcsillapítás elsősorban gyógyszeres kezeléssel (nem-steroid gyulladáscsökkentők, izomrelaxánsok), pihenés, gerinckímélet, fizio-, balneoterápia. Kisizületi Kenalog-Lidocain infiltrációs terápia.

#### **A műtét/beavatkozás elmaradásának előnye**

Mai tudásunk szerint az Ön betegségére/sérülésére javasolt beavatkozást vagy az esetleges alternatív kezelést el kell végezni, ezek elmaradásának nincs előnye.

### A műtét/beavatkozás elmaradásának veszélyei

- Panaszok fokozódása, krónikus fájdalomszindróma kialakulása, végtaggyengeség, vegetatív zavar.

### A műtét/beavatkozás kiterjesztése

- Kezelőorvosom tájékoztatott, hogy a jelen műtét/beavatkozás során előfordulhat, hogy annak olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely előre nem volt látható. Felhívta figyelmem, hogy ezen esetekben a műtét felfüggesztése, a kiterjesztés elhalasztása számomra jelentene káros megterhelést, és a későbbiekben esetlegesen újabb műtétet tenne szükségessé. Ezúton felhatalmazom kezelő-orvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a beavatkozást a szükséges mértékben gyógyításom érdekében belátásuk szerint kiterjesszék/megváltoztassák különösen, ha azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy annak elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet jelentene.
- Kezelőorvosom tájékoztatott, hogy a hatályos törvények szerint, amennyiben a beavatkozás (1) bekezdés szerinti kiterjesztése a valamely szervnek vagy testrésznek elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, a beavatkozás kiterjesztése – erre irányuló beleegyezésem hiányában – csak közvetlen életveszély fennállása esetén vagy abban az esetben végezhető el, ha annak elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet jelentene. Ezen információt megértettem, és ennek birtokában, szabad akaratomból felhatalmazom kezelőorvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a beavatkozás kiterjesztését akkor is elvégezzék, ha az valamely szervnek vagy testrésznek elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne.

### Kérjük, segítsen nekünk.....

...azzal, hogy a fenti ismertető áttanulmányozása után kezelőorvosa utasításait pontosan betartja, segíti a vizsgálatok és kezelések kivitelezését, a feltett kérdésekre pontos válaszokat ad, mivel azok a lehetséges szövődmények kivédésében, azok korai felismerésében döntő fontosságúak lehetnek.

### Beszélje meg orvosával...

..... a betegségével, a tervezett beavatkozással, illetve az esetleges szövődményekkel kapcsolatos kérdéseit.

**A beteg kérdései, valamint a kérdésekre adott válaszok (amennyiben indokolt a nyilatkozat végén folytatni kell!):**

| .  | A beteg kérdései | Az orvos válaszai |
|----|------------------|-------------------|
| 1. |                  |                   |
| 2. |                  |                   |
| 3. |                  |                   |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 4. |  |  |
|----|--|--|

### Kérjük válaszoljon kérdéseinkre...

|    |                                                                                              |                                               |  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--|
| 1. | Szed-e (gondozottja) rendszeresen gyógyszert?                                                | Igen      Nem<br>(ha igen, a következő(ke)t): |  |
| 2. | Ismert-e allergia (pl.: gyógyszer, élelmiszer, ragtapasz stb.)?                              | Igen      Nem<br>(ha igen, akkor milyen):     |  |
| 3. | Tud-e anyagcsere-zavarról (pl.: cukorbetegség, ún tárolási betegségek):                      | Igen      Nem<br>(ha igen, a következő(ke)t): |  |
| 4. | Tud-e öröklött vagy szerzett vérzékenységről?                                                | Igen      Nem<br>(ha igen, a következő(ke)t): |  |
| 5. | Tud-e öröklött vagy szerzett fokozott vérrög-képződési /trombózis) hajlamáról, betegségéről? | Igen      Nem<br>(ha igen, a következő(ke)t): |  |

### A beteg egyéb nyilatkozatai a kezelőorvosi tájékoztatás után:

- Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt, vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.
- Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék.
- Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások elutasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem.
- Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.
- Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.
- Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozásba való beleegyezésem bármikor (de legkésőbb a műtéttel/beavatkozással kapcsolatos altatás/érzéstelenítés megindításáig) alaki kötöttségek nélkül (akár szóban is) visszavonhatom.
- Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti beteg-tájékoztatót. Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.
- Nyilatkozom, hogy a kérdéseimet feltehettem, a kérdéseimre számomra kielégítő választ kaptam,
- Megértettem, hogy a Magyarországon elfogadott, orvosom által ismert és gyakorolt műtétben/kezelésben részesülök. A számomra ajánlott protokollokról számomra érthető felvilágosítást kaptam
- A műtét/kezelés után javasolt életmódról, esetleges további ellátásokról kezelőorvosomtól bent tartózkodásom alatt folyamatosan, továbbá a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

|                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|
| A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos szakképesítése: |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------|--|
| A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos beosztása: |  |
|----------------------------------------------------------------|--|

## Beleegyező nyilatkozat

- Ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok a fenti beavatkozás elvégzéséhez.
- A javasolt gyógymód szükségességéről, kivitelezésének módjáról, kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményekről és a várható következményeiről kielégítő tájékoztatást kaptam.
- A tájékoztató lap tartalmát és a szóbeli felvilágosítást megértettem és kijelentem, hogy kérdéseim gondosan megválaszolásra kerültek. További kérdésem nincs.
- Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek.
- Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, amelyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.
- Ennek alapján, a fenti tájékoztató áttanulmányozása és a szóbeli felvilágosítás után beleegyezem abba, hogy rajtam (gondozottamon) az alábbi kezelést, illetve annak esetlegesen szükségessé váló kiterjesztését elvégezzék.

.....  
A beavatkozás/műtét tervezett dátuma

A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje

|                                          |                                          |
|------------------------------------------|------------------------------------------|
| Orvos aláírása:                          | Orvos pecsétje:                          |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> | <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |

.....  
A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

1. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, azaz ha szóban történik a nyilatkozattétel):  
Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

2. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, ha szóban történik a nyilatkozattétel):  
Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....

Kelt:

Kaposvár, ..... év ..... hó ..... nap .... óra ..... perc

---

### Elutasító nyilatkozat

Amennyiben **NEM FOGADJA EL a javasolt kezelést**, kérjük, írja alá az alábbi nyilatkozatot:

A kezelőorvos részletes felvilágosítása—mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményekre is kitért — ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom.

|                                                         |  |                                                  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|
| A felvilágosítást adó orvos szakképesítése és beosztása |  | A felvilágosítást adó orvos aláírása és pecsétje |  |
| A beavatkozást végző orvos szakképesítése és beosztása  |  | A beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje  |  |

.....  
A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

1. Tanú aláírása:

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

2. Tanú aláírása:

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

Kelt:

Kaposvár, ..... év ..... hó ..... nap .... óra ..... perc

---

### Tájékoztatásról való lemondás

Amennyiben **LEMOND a tájékoztatásról és más személyt feljogosít erre**, kérjük, írja alá az alábbi nyilatkozatot:

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni.

.....

Helyettem tájékoztassák:

.....-t  
A beteg által megnevezett, nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

|                                                         |  |                                                  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|
| A felvilágosítást adó orvos szakképesítése és beosztása |  | A felvilágosítást adó orvos aláírása és pecsétje |  |
| A beavatkozást végző orvos szakképesítése és beosztása  |  | A beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje  |  |

.....-t  
A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

1. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, azaz ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....  
2. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

Kelt:

Kaposvár, ... év ..... hó ..... nap .... óra ..... perc

**Jelen ..... sorszámozott oldalból álló betegtájékoztatót/beleegyező nyilatkozatot elolvastam, annak elolvasásához megfelelő idő állt rendelkezésemre, az abban foglalt közléseket és tájékoztatást megértettem, kérdéseimre világos és érthető válaszokat kaptam. Ezek tudatában és birtokában az ellátásba beleegyezem.**

.....  
A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

**Készült 20..... –n ..... és ..... óra között**  
**a SM KMOK ..... Osztály ..... helyiségében.**