

MŰTÉTI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott (páciens neve).....kijelentem, hogy a HairPalace klinika részéről tájékoztatást kaptam a tervezett műtétről. Megértettem, hogy az azzal összefüggő sebészeti és műtétet követő kockázatot a leggondosabb ellátás mellett sem lehet teljes körűen megjósolni, és elfogadom a kockázatokat. Meg vagyok győződve, hogy a remélt előnyök túlsúlyban vannak az elhangzott veszélyekkel szemben. Ezen elhatározásommal, teljes felelősséget vállalok a műtét elvégzésére vonatkozó döntésemért.

A beavatkozást megelőzően konzultáción vettem részt, amelynek során – a fentiekben túl figyelembe véve a műtét várható időtartamát is – saját magam önállóan határoztam a beavatkozás általam szükségesnek ítélt mértékéről, kiterjedéséről, elhelyezkedéséről. Kijelentem, hogy mindezeket figyelembe vettem döntésemkor és a tökéletes gyógyulási eredményhez szükséges orvosi javaslatokat, tanácsokat, amelyekről szintén tájékoztatást kaptam, betartom. Kijelentem, hogy a beavatkozásról, egészségügyi állapotomról illetve a műtét következtében történő változásokról kielégítő részletes felvilágosítást kaptam, különös tekintettel a várható eredményről és a műtét menetéről. Minden engem érdeklő kérdést feltehettem és azokra választ kaptam.

Kijelentem továbbá, hogy az operáló intézetet teljes körűen tájékoztattam kórelőzményemről, egészségi állapotomról és a gyógyulást befolyásoló tényezőkről beleértve bármilyen tényezőt (dohányzás is), ami ellenjavallja a sebészeti beavatkozást. Tudomásom szerint nem szenvedek súlyosabb betegségben, amely a kezelés eredményességére kihathat (pl. cukorbetegség, egyéb anyagcsere betegség, légzési szívelégtelenség, fertőző betegség, sebgyógyulási zavar, vérzékenység, stb. nem szedek speciális gyógyszereket, nincs gyógyszer-túlérzékenységem). Tudomásul veszem, hogy ezek elhallgatása komoly sebészeti és műtétet követő komplikációt eredményezhet. Amennyiben ezekről tudomást szerzek, haladéktalanul értesítem a kezelő, operáló orvost.

Tudomásomra hozták, hogy a műtéti beavatkozások általános kockázatain (vérzés, duzzanat, helyi és általános jellegű gyulladás, fertőzés, sebgyógyulási panaszok), valamint a szervezet műtéti terhelése és a műtét utáni időszak velejárájaként létrejöheto egyéb panaszokon túl speciális, elsödlegesen esztétikai panaszokat okozó elváltozások, bevérzések bőrelszínezödések, változó vastagságú hegek, torzulások, stb. keletkezhetnek az általam kért beavatkozás következtében.

Panasz, szövödmény észlelésekor azonnal értesítem az operáló intézetet, amelynek elmulasztása esetén az operáló intézet felelősséget nem vállal. Tudomásomra hozták, hogy a szervezet biológiai reakciója, annak időtartama is változó, mindezek természetes velejárájaként a beavatkozás jellegétől és a szervezetem reagáló képességétől függően a várható eredmény és a végleges gyógyulási idő az átlagostól eltérhet.



Kijelentem, hogy mindezeket figyelembe vettem döntésemkor és a tökéletes gyógyulási eredményhez szükséges orvosi javaslatokat, tanácsokat, melyről tájékoztatást kaptam (pl. ágynyugalom, pihenés, diéta, seb kímélete, naptól, kozmetikumoktól való tartózkodás, figyelmeztető tünetek esetén, illetve az előírt kontrollokon megjelenést stb.) betartom. Tudomással bírok arról is, hogy a műtét által elérhető végleges esztétikai eredmény a beavatkozást követően leghamarabb 12 hónapon belül várható.

Hozzájárulásomat adom továbbá, hogy amennyiben az orvos műtét közben olyan tünetet észlel, mely életveszély elhárítását teszi szükségessé, vagy a műtéti módszer olyan változtatását igényli, amellyel várhatóan jobb eredmény érhető el, akkor ezen szükséges beavatkozásokat elvégezzem rajtam.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás során közreműködő orvosok működésükért csakis szakmai felelősséget vállalhatnak, nevezetesen: a beavatkozást felelősségteljesen, a legjobb tudásuk szerint végzik, illetve végeztetik el, az Egészségügyi törvény által megkívánt legnagyobb körültekintéssel, gondossággal és biztosítják, az esetlegesen szükséges kontrollvizsgálato(ka)t, kötéscserét, az előre egyeztetett időpontokban.

Tudomásul veszem és elfogadom, hogy az előírásoknak megfelelően a szakmai orvos orvosi felelősségbiztosítással rendelkezik, és a műtéthez kötődő anyagi kockázat viselése a benne megfogalmazott feltételekkel megegyezik, így pl. esztétikai reklamáció esetén anyagi felelősséget nem vállal. Abban az esetben, ha jelen műtéttel összefüggésben az operatőr és az operáló intézet bevonása vagy előzetes értesítése nélkül ismételt műtét történik más intézetben, mindennemű felelősségvállalás megszűnik az operáló orvos, valamint az intézet részéről.

A fent leírtakat tudomásul véve, mindezek tudatában írásbeli megbízást adok a műtét elvégzésére. Amennyiben a beavatkozás során előrelátható ok miatt a kezelés kiterjesztése vagy megváltoztatása szükséges, annak elvégzésére felhatalmazást adok. Orvosi dokumentáció és tudományos tevékenység céljából rólam, műtétemről felvételek készítéséhez hozzájárulok.

Páciens neve:

Lakcím:

Telefon:

Páciens aláírása

Budapest, 2019.