

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT LÉZERES SEPRŰVÉNA KEZELÉSHEZ

Mint Megbízó (Név: _____) tudomásul veszem, hogy

- a **FOTONA•** lézeres rendszer által kínált eljárás pókháló visszerek kezelésére alkalmas,
- a beavatkozás eredményessége függ a bőrtípustól, a kezelt ér nagyságától és elhelyezkedésétől.

Továbbá tudomásul veszem az alábbi kockázatokat és kijelentem, hogy teljes körű tájékoztatást kaptam:

- a beavatkozással járó esetleges mellékhatásokról: mint néhány napig pirosság, felületes égési sérülés, hólyagképződés, fokozott vagy csökkentett pigmentáció (bőrfoltosodás), fájdalom, nem specifikus gyulladásos reakció, vizenyő a kezelt területen, barnás elszíneződés a bőrön /haemosiderin (hemoglobin bomlástermék) felhalmozódás/változó mértékben fellépő diszkomfort érzés

Megértettem, hogy a lézeres érkezelés kimenetele függ az ér nagyságától, elhelyezkedésétől, és hogy a **kívánt eredmény eléréséhez többszöri, ismételt kezelésre lehet szükség.** Megértettem, hogy az eljárás eredményének tartós fennmaradása szempontjából a meleg víz nem előnyös, a fürdést (legalább az érintett területen) célszerű hideg vizes zuhannyal befejezni.

Tudomásul veszem, hogy

- a kezelés mellékhatásaként a kezelt területen és környékén purpura előfordulása **lehetséges** (horzsoláshoz hasonló apró bevérzés a környező szövetekben, lilás, majd idővel barnás színűvé változó bőrszín eltérés). A purpura visszahúzóási ideje 30-60 nap.
- a lábon történő érkezelések eredményességét megfelelő odafigyeléssel fokozhatom, ha csökkentem a fizikai aktivitást és kompressziós pólyát vagy harisnyát viselek a beavatkozást követően 3 napon keresztül.

Ellenjavallatok

Tudomásul veszem, hogy a lézeres eljárás kizáró tényezői a következők lehetnek: terhesség, inzulinnal kezelt cukorbetegség, hegdaganatra vagy kötőszöveti megbetegedésre való hajlam, fényérzékenységre hajlamosító gyógyszerek szedése, illetve a kezelést megelőzően vagy utána a bőrfelszín érő hosszú idejű, intenzív napsugárzás vagy szoláriumozás.

Kijelentem, hogy a számomra bemutatott, a fényérzékenységre hajlamosító gyógyszerek listáját (mely jelen Tájékoztató elválaszthatatlan melléklete) felelősséggel átolvastam és megértettem, hogy az ilyen gyógyszerek szedése a lézeres kezeléseket illetően milyen mellékhatásokkal jár.

Alternatív módszerek

Tudomásom van más, a kívánt kezelés alternatíváit jelentő eljárásokról, melyek nem teljes körű felsorolásban a következők: scleroterápia (injekciós visszérkezelés), vagy más lézeres rendszerek eljárásai.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT LÉZERES SEPRÚVÉNA KEZELÉSHEZ

Kezelő orvosommal pontosan megbeszéltem a tervezett kezelést, a reálisan elérhető célt, a tartóssággal szemben támasztható objektív igényt.

Alulírott /név nyomtatott betűvel/ _____ anyja neve: _____

jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten beleegyezem, hogy a nyilatkozatban foglalt, általam önként szolgáltatott személyes adataimat, az egészségügyi szolgáltató a kezeléssel összefüggésben, annak eredményessége érdekében, az ahhoz szükséges mértékben és ideig teljeskörűen kezelje. Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem szolgáltatok adatot, vagy a szolgáltatott adatok kezeléséhez nem járulok hozzá, úgy a szolgáltató jogosult, a kezelés/beavatkozás elvégzését megtagadni.

Beleegyezem, hogy a kezelésről készült /előtte-utána/ fényképeket marketing célra, felhasználják.

Ezennel kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást figyelmesen elolvastam és minden kérdésre az igazságnak megfelelően válaszoltam. Korábbi műtéteimre, betegségeimre, a kezelést akadályozó tényezőkre vonatkozó kérdésekre, legjobb tudásom szerint válaszoltam. Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem a valóságnak megfelelően közlöm az adatokat, illetve az egyes kérdésekre nem a valóságnak megfelelően válaszolok, úgy az ebből eredő esetleges kárigényem vagy egyéb igényem kapcsán a szolgáltató felelősséggel nem tartozik, a felelősségét kizárja. Egyben kijelentem, hogy igényt e körben az egészségügyi szolgáltatóval szemben nem terjesztek elő.

A kezelő szakember tájékoztatott az eljárással kapcsolatos kérdéseimet illetően, valamint tájékoztatott az eljárás menetéről, a lehetséges mellékhatásokról, kockázatokról és a kezelést akadályozó tényezőkről, valamint felhívta a figyelmemet a kezelés várható tartósságára. Az előttem álló kezelés sikerének érdekében elvégzendő, megfelelő teendőkkel kapcsolatosan mindent megértettem további kérdésem a fenti kezeléssel kapcsolatosan nincs. A szükséges beavatkozás elvégzésébe teljes mértékben beleegyezem.

Kijelentem, hogy

- esetemben nem áll fenn a kezelés semmilyen ellenjavallata
- elfogadom a tervezett kezelés kockázatait és lehetséges mellékhatásait
- túlérzékenységi reakció esetén késedelem nélkül orvosi segítséget keresek.

PÁCIENS ALÁÍRÁSA

DÁTUM

KEZELŐ ORVOS NEVE

KEZELŐ ORVOS ALÁÍRÁSA