

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott.....

tanúsítom, hogy engem Dr.
kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségről: **Szívritmuszavar.**

2. **Javasolt gyógymód:** a gyógyszeres kezelés eredménytelensége miatt egy hatékonyabb, biztonságos, másik terápiás beavatkozást kell alkalmazni, amely a szívtejékre leadott áramütést jelenti.

Ennek orvosi kifejezése DC cardioversio.

Ennek hatására az esetek döntő többségében a normál szívritmus visszaáll.

3. **Kockázat:** Megfelelő orvosi kivizsgálás, előkészítés mellett a beavatkozás kockázata csekély. A nagyon ritkán jelentkező leszakadó vérrögösödés miatt tartós véralvadásgátló kezelést végzünk. A szív állapotát ultrahanggal vizsgáljuk. Részletes laboratóriumi vizsgálatokat végzünk.

Csak ha ezek eredményei lehetővé teszik, akkor végezzük el a beavatkozást. Sajnos néha előfordul, hogy a beavatkozás sikertelen, a szívritmuszavar továbbra is fenn áll.

Továbbiakban vagy szükséges ismételten, vagy optimális időpontban elvégezni az elektromos ritmus visszaállítást vagy maradni kell a gyógyszeres kezelésnél. A szívritmuszavar megszüntetése azért szükséges, mivel a sikeres beavatkozás után javul a szív hatásfoka, a beteg közérzete, jobban bírja a fizikai terhelést.

A beavatkozás fájdalomtalan, mivel rövid altatásban történik.

4. Tudomásul veszem a fentebb elmondottakat, mindenre megkaptam a megfelelő választ, hozzátartozóimat is tájékoztatni fogom a döntésemről. A tervezett beavatkozáshoz beleegyezésemet adom.

Jászberény, év hónap.

.....
kezelőorvos aláírása

.....
a beteg aláírása

Lakcíme:.....
.....