

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT PLASZTIKAI SEBÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1008/4</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat az ajakpír-korrekciónhoz		<b>Oldalszám:</b> 1/2

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT AZ AJAKPÍR-KORREKCIÓHOZ

1. Beteg<sup>1</sup> neve: ..... TAJ száma: .....

Beküldő diagnózis: .....

### 2. Tájékoztató tartalma:

**Tisztelt Hölgyem/Uram!**

Köszönjük, hogy Intézetünket tisztelte meg bizalmával. Érdeklődésére az ajakpír-korrekciónról a következő tudnivalókat közöljük Önnek:

Az ajakpír szélessége műtési úton is tartósan fokozható az egyéb módszereken (töltőanyagok) túl. A műtét lényege, hogy helyi érzéstelenítésben az ajakpír széle mentén előre megtervezett szélességű bőrcsíkot kimetszünk, majd a mobilizált ajakpír szélét a bőrhöz kiszegjük. Ezzel a módszerrel az ajakpír ívét is változtatni lehet. A sebet a bőr felületes rétegében haladó egyetlen tova futó varrattal egyesítjük, majd steril ragasztócsíkokkal rögzítjük. A varratot illetve a ragasztást 1 hét múlva távolítjuk el.

A műtési heg bizonyos idő elteltével (ez az idő egyénileg változó, lehet 2-3 hét, de lehet 2-3 hónap is) általában vékony, alig észrevehető lesz.

Mivel az emberi test sem teljesen szimmetrikus, nem várható, hogy a műtét után kialakuló forma, a műtési heg minősége és helyzete teljesen szimmetrikus legyen.

**Szövődmények:** A műtétnek a minden műtét esetén előforduló ritka (3-5 %) szövődményeken (vérzés, fertőzés) túl egyéb kockázata gyakorlatilag nincs. A műtét után az ajkakon kisebb-nagyobb kékes elszíneződés, bevérzés, duzzanat kialakulhat. Ezek felszívódási ideje 2-3 hét.

Előfordulhat, hogy az ajak két oldalának eltérő hegesedése miatt kisfokú aszimmetria keletkezik, ami egy újabb kis beavatkozással korrigálható.

Közvetlenül a műtét utáni napokban a nagyobb szájmozgásoktól, beszéd-től tartózkodni kell a zavartalan sebgyógyulás érdekében. Ugyanezt a célt szolgálja a műtét után 1-2 napon át az ajkak jegelése is.

Műtét után 6 hétig napozás, szolárium kerülendő, mivel ez a hegeképződést rossz irányban befolyásolja. Általában minden olyan tevékenységtől ajánlott tartózkodni, amely a műtési terület kipirulását, vérbőségét okozhatja.

### Jelen formanyomtatvány elolvasását követően, a beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok:

- 1. Kérdés: .....

- Válasz: .....

- 2. Kérdés: .....

- Válasz: .....

- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)

- A beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):

**Ezúton kijelentem, hogy a jelen formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.**

### 3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

**NYILATKOZAT AZ AJAKPÍR-KORREKCIÓRÓL**

**AZ AJAKPÍR-KORREKCIÓT KÉREM.**

<sup>1</sup> A beteg jogi definíciója: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § a) pontja szerint: "beteg: az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy"

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT PLASZTIKAI SEBÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1008/4</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat az ajakpír-korrekciónak		<b>Oldalszám: 2/2</b>

Alulírott tudatában vagyok, és egyúttal beleegyezek abba, hogy egyéni kérésemnek eleget téve rajtam ajakpír-korrekciónak végezzenek el. Kijelentem, hogy a jelen formanyomtatványt elolvastam (illetve kérdésem alapján) számomra megfelelő szóbeli felvilágosítást kaptam, valamint a műtét lényegét (előnyeit és kockázatait, ellátás folyamatát és várható kimenetelét, szövődményeit, stb.) megértettem. A műtét elvégzését kérem és a megismert esetleges szövődmények kockázatát továbbra is vállalom. Felelősséggel kijelentem, hogy tudtommal a szervezetembe pacemakert (szívritmus szabályozót), olyan fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek, amely miatt rajtam az ajakpír-korrekciónak nem végezhető el.

**Ezúton nyilatkozom, hogy az ajakpír-korrekciónak elvégzéséhez**

**hozzájárok**                       **nem járok hozzá.**                      **(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)**

Tájékoztattak arról, hogy az ellátásom során keletkezett egészségügyi adataim feltöltésre kerülnek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), amihez rajtam kívül az ellátásomat végző egészségügyi szolgáltatók is hozzáférnek. Tájékoztattak továbbá, hogy az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alapállapotban csak a kezelőorvosom vagy a kezelésben résztvevő orvos férhet hozzá a kezelés ideje alatt. Jogosult vagyok rendelkezni az EESZT által kezelt egészségügyi adataimmal, valamint engedélyezni és korlátozni tudom a hozzáférési jogosultságát az egyes egészségügyi szolgáltatóknak, orvosoknak. Az egészségügyi adataimmal való rendelkezéseimet megtehetem az EESZT lakossági portálján ([www.eeszt.gov.hu](http://www.eeszt.gov.hu)) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál. Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy az Adatkezelő Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatában (<https://www.szentimrekorhaz.hu/hu/adatkezelesiszabalyzat.html>) meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a megadott személyes Adataimat (azonosító és kapcsolattartási adataim: név, telefonszám, e-mail és egyéb azonosítók) és az ellátásomhoz közvetlenül szükséges egészségügyi adataimat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adataimat az Adatkezelő révén nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos feladataik ellátásához szükséges mértékben kezeljék, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges esetben továbbítsák. Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatomban foglalt hozzájárulásom alapján történő adatkezelésre a Szabályzat, illetve a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok, így különösen az EU 2016/679 sz. Általános adatvédelmi rendelet (GDPR), az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló Infotörvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a gyógykezelés céljából történő adatkezeléssel kapcsolatban az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseire vonatkozik.

**Döntésemet részletes írásbeli és szóbeli tájékoztatást követően hoztam meg, tisztában vagyok azzal, hogy fenti – a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyző – nyilatkozatomat a beavatkozás megkezdéséig bármikor, korlátozás nélkül visszavonhatom. Egyúttal tudomásul veszem, hogy beleegyzés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.**

**Keltezés helye, ideje: .....**

.....  
(tájékoztató orvos neve  
olvashatóan)

.....  
(műtétet/beavatkozást végző  
orvos neve olvashatóan)

.....  
(nyilatkozó személy  
neve olvashatóan)

.....  
(tájékoztató orvos aláírása,  
ph.)

.....  
(műtétet/beavatkozást végző  
orvos aláírása, ph.)

.....  
(nyilatkozó személy  
aláírása)