



**BUDAPESTI PÉTERFY SÁNDOR UTCAI
KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET**

✉: 1076 BUDAPEST, PÉTERFY SÁNDOR UTCA 8-20

☎: 06-1-461-4700

@: PETERFY@PETERFYKH.HU



Beleegyző nyilatkozat lumbálpunkció (agyvíz mintavétel) elvégzéséhez

Alulírott.....(név).....(szül. idő) tanúsítom, hogy engem
dr. felvilágosított az alábbiakról: ..

1. Tudomásul veszem, és elfogadom, hogy a betegségem további megfelelő kezeléséhez, illetve megbetegedésem okának pontos tisztázásához agyvíz mintavétel szükséges.
2. A beavatkozást a következőképpen végzik: a terület fertőtlenítése után érzéstelenítő szert adnak. Ezt követően steril körülmények közt a mintavételhez szükséges tűt a csigolyák tövisnyúlványai között bevezetik a gerinccsatornába, és a kemény agyburok átszúrását követően történik az agyvíz mintavétele.
3. Az agyvíz mintavételt követően ritkán előfordulhatnak szövődmények, pl.:
 - Agyvíz csorgás, és emiatt kialakuló átmeneti fejfájás, tartós agyvíz csorgás.
 - Direkt idegkárosodás- Átmeneti enyhe fájdalom, illetve érzékenység a szúrás helyén,
 - Vérzéses szövődmény, amely miatt idegrendszeri károsodás (legsúlyosabb esetben, igen ritkán bénulás is) előfordulhat.
 - Fertőzéses szövődmény, ami lázas állapottal, és átmeneti idegrendszeri tünetekkel jár.

Amennyiben az agyvíz mintavételt elutasítom, úgy a beavatkozás elmaradásából származó esetleges
következményekért a felelősséget vállalom.

Kérdéseimre részletes, érthető, kielégítő választ kaptam, a tájékozott beleegyezéshez kellő idő állt
rendelkezésemre.

Szóbeli felvilágosítás és a fentiek figyelembevételével az agyvíz mintavételbe

Beleegyezem *

Nem egyezem bele*

Kelt: Budapest, 20.....

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása
(rokonsági fok:)

.....
az orvos aláírása

Tanúk:

1. Név:

2. Név:

Cím:

Cím: