

## Samþykki til sjónlagsaðgerðar með laser

Nafn sjúklings: \_\_\_\_\_

Kennitala: \_\_\_\_\_

Heimili: \_\_\_\_\_

1. Ég samþykki að \_\_\_\_\_  
aunglæknir og samstarfsfólk hans framkvæmi á mér sjónlagsaðgerðina:  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ augnlæknir hefur skýrt mér frá tilgangi, eðli og afleiðingum aðgerðarinnar sem hann velur til að meðhöndla sjónlagsgalla minn, hvort sem það er nærsýni, fjar-sýni eða sjónskekkja. Hann hefur farið í gegnum aðra möguleika til meðhöndlunar, ef þeir eru til, og líklegan árangur sem ég má búast við af aðgerðinni. Sérstaklega hefur hann tekið fram að þótt yfirgnæfandi líkur séu á að ég losni við notkun fjarlægðarglæraugu að lokinni aðgerð. Í 5 – 10% tilvikum kann að vera þörf á enduraðgerð. Ég skil áhættuna á fylgikvillum, sem orðið geta í kjölfar aðgerðar bæði af þekktum orsökum og óþekktum. Fylgikvillarnir eru taldir upp í á heimasíðu Sjónlags.
3. Mér hefur verið tjáð að í tengslum við aðgerðina (fyrir, á meðan og eftir) geti ég fengið eða læknirinn minn greint ný vandamál sem ekki urðu séð fyrir. Þessi vandamál gætu valdið því að aðrar aðgerðir eða viðbótaraðgerðir séu ráðlega eða verði nauðsynlegar. Ég heimila lækni mínum því framkvæmd slíkra viðbótaraðgerða eða þeirra aðgerða annarra sem þeir telja nauðsynlegar.

### Með undirskrift minni staðfesti ég:

- Að ég hef lesið og samþykkt ofanskráð
- Að ég hef kynnt mér vandlega upplýsingar um aðgerðina á heimasíðu Sjónlags
- Að ég hér með leyfi framkvæmd ofangreindar sjónlagsaðgerðar

Með undirritun afsala ég mér ekki rétti til að höfða mál vegna hugsanlegra mistaka í aðgerðar.

Dags: \_\_\_\_\_

Undirskrift sjúklings: \_\_\_\_\_