

Samþykki til sjónlagsaðgerðar með laser

Nafn sjúklings: _____

Kennitala: _____

Heimili: _____

1. Ég samþykki að _____
augnlæknir og samstarfsfólk hans framkvæmi á mér sjónlagsaðgerðina:
Femto Lasik aðgerð bæði augun
2. _____ augnlæknir hefur skýrt mér frá tilgangi, eðli og afleiðingum aðgerðarinnar sem hann velur til að meðhöndla sjónlagsgalla minn, hvort sem það er nærsýni, fjarsýni 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 fjarlægðarglæraugna að lokinni aðgerð, kann að vera þörf á enduraðgerð í 5 – 10% tilvika. Ég skil áhættuna á fylgikvillum, sem orðið geta í kjölfar aðgerðar bæði af þekktum orsökum og óþekktum. Fylgikvillarnir eru taldir upp á heimasíðu Sjónlags.
3. Ég átta mig fullkomnlega á því að ég mun þurfa á lesglæraugum að halda eftir fertugt líkt og aðrir. Hlutaskiptisjón, sem felst í því að skilja eftir væga nærsýni á öðru auga, kemur ekki í veg fyrir að ég þurfi á lesglæraugum að halda en markmiðið er að tefja notkun þeirra um nokkur ár.
4. 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 ráðlagðar 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: _____