



- a dokumentum 2 oldalból áll! -

NYILATKOZAT és MEGBÍZÁS MŰTÉT ELVÉGZÉSÉRE

Név:.....Dátum:.....

Tervezett műtét:.....

Eloolvastam és megértettem a tervezett műtétemről kapott információkat. Megértettem, hogy az azzal összefüggő sebészeti és a műtétet követő kockázatot a leggondosabb ellátás mellett sem lehet teljes körűen megőszolni, és elfogadom a kockázatokat. Meg vagyok győződve, hogy a remélt előnyök túlsúlyban vannak az elhangzott veszélyekkel szemben. Ezen elhatározásommal, teljes felelősséget vállalok a műtét elvégzésére vonatkozó döntésemért.

Alulírott páciens kijelentem, hogy a műtétről (beavatkozásról), egészségügyi állapotomról, illetve a műtét következtében történő változásokról kielégítő részletes felvilágosítást kaptam írásban és élőszóban, különös tekintettel, a várható eredményről, a műtét menetéről, beleértve az esetlegesen szükséges aneszteziológiai tevékenységet és az esetleges kockázatokat is. Minden engem érdeklő kérdést feltehettem, és azokra választ kaptam.

Tudomásomra hozták, hogy a műtéti beavatkozások közismert általános kockázatain (*bevérzés, duzzanat, helyi és általános jellegű gyulladás, fertőzés, sebgyógyulási panaszok, valamint a szervezet műtéti terhelése és a műtét utáni időszak velejárájaként létrejöhethető egyéb panaszok: úgymint, szív, tüdő és egyéb szervek megbetegedései, anyagcsere betegségek, stb.*) túl, speciális, elsődlegesen esztétikai panaszokat okozó elváltozások, bevérzések, bőrelszíneződések, változó vastagságú hegek, torzulások, stb. keletkezhetnek az általam kért beavatkozás következtében.

Szövődmény észlelésekor azonnal értesítem az operáló intézetet, ennek elmulasztása esetén felelősséget az operáló orvos nem vállal. Tudomásomra hozták azt is, hogy a szervezet biológiai reakciója, annak időtartama is változó, mindezek természetes velejárájaként a műtét (beavatkozás) jellegétől és a szervezetem reagáló képességétől függően a várható eredmény és a végleges gyógyulási idő az átlagostól eltérő lehet. Kijelentem, hogy mindezeket figyelembe vettem döntésemkor és a tökéletes gyógyulási eredményhez szükséges orvosi javaslatokat, tanácsokat, melyről szintén tájékoztatást kaptam (pl. ágynyugalom, pihenés, diéta, seb kímélete, rugalmas fehérnemű, rugalmas pólya viselése, naptól, kozmetikumoktól való tartózkodás, figyelmeztető tünetek esetén, illetve az előírt kontrollon megjelenést stb.) betartom.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozást végző orvos rendelkezik plasztikai sebészeti szakvizsgával és tagja a Magyar Plasztikai Sebész Társaságnak. Működéséért csakis szakmai felelősséget vállalhat, nevezetesen: a beavatkozást felelősségteljesen, a legjobb tudása szerint végzi el, az Egészségügyi törvény által megkívánt legnagyobb körültekintéssel, gondossággal, és biztosítja a szükséges kontroll vizsgálatot, szükség szerinti kötéscserét, továbbá a varratszedést, az előre egyeztetett időpontokban. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy az előírásoknak megfelelően az operáló orvos szakmai felelősségbiztosítással rendelkezik, és a műtéthez kötődő anyagi kockázatviselése a benne megfogalmazott feltételekkel megegyezik, (a biztosító tájékoztatóját elolvastam). Tekintettel arra, hogy az esztétikai műtét eredményének megítélése egyéntől függően rendkívül befolyásolt, esztétikai jellegű reklamáció esetén anyagi felelősséget nem vállal. Abban az esetben, ha jelen műtéttel összefüggésben az operátor bevonása vagy előzetes értesítése nélkül ismételt műtét történik más intézetben, mindennemű felelősség vállalás megszűnik az operáló orvos részéről.

(a nyilatkozat a következő oldalon folytatódik!)



- a dokumentum 2 oldalból áll! -

(folytatás az előző oldalról!)

Kijelentem továbbá, hogy Orvosomat teljes körűen tájékoztattam kórelőzményemről, egészségi állapotomról és a gyógyulást befolyásoló tényezőkről beleértve bármilyen tényezőt, ami ellenjavallhatja a sebészeti beavatkozást. Tudomásom szerint nem szenvedek súlyosabb betegségben, mely kezelés eredményességére kihathat (pl. cukorbetegség, egyéb anyagcsere betegség, légzési- szívelégtelenség, fertőző betegség, sebgyógyulási zavar, vérzékenység stb.) nem vagyok terhes, nem szedek speciális gyógyszereket, nincs gyógyszer-túlérzékenységem. Tudomásul veszem, hogy ezek elhallgatása komoly sebészeti és műtétet követő komplikációt eredményezhet. Amennyiben ezekről tudomást szerzek, haladéktalanul értesítem a kezelő (operáló) orvost.

A fent leírtakat tudomásul véve mindezek tudatában írásbeli megbízást adok a műtét elvégzésére. Amennyiben a beavatkozás során előre nem látható ok miatt a kezelés kiterjesztése vagy megváltoztatása szükséges, annak elvégzésére felhatalmazást adok.

Orvosi dokumentáció és tudományos tevékenység céljából rólam, műtétemről felvételek készítéséhez: **hozzájárulok nem járulok hozzá** *(megfelelő aláhúzendó).*

Egyéb felhasználáshoz külön engedélyem szükséges.

operáló (kezelő) orvos aláírása

páciens aláírása

1. tanú

2. tanú

név:

.....

lakcím:

.....

aláírás:

.....