



MŰTÉTI TÁJÉKOZTATÓ és BELEEGYZŐ NYILATKOZAT (a dokumentum 2 oldalból áll!)

Alulírott, szül.idő:, jelen nyilatkozat aláírásával tanúsítom, hogy engem(orvos neve) a Tolna Megyei Önkormányzat Kórháza Sebészeti Osztályának orvosa - mint a műtétet végző orvos - megfelelő, számomra érthető módon részletesen tájékoztattott az alábbiakról:

1. Betegségemről, mely

- kórisme magyarul: **Epekövesség**
- kórisme latinul: **Cholecystolithiasis**

2. A javasolt gyógymódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **Epehólyag eltávolítása hagyományos módszerrel**
- kezelés latinul: **Cholecystectomy**

3. A javasolt gyógymód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek

- Megelőzhető a heveny, ill. krónikus epehólyag gyulladás kialakulása
- Megelőzhető az epehólyagnyak elzáródása, gennyes epehólyag-elzáródás
- Megelőzhető az epehólyag átfürödése és az ezt követő hashártyagyulladás
- Elkerülhető az epehólyagrák kialakulása

4. A javasolt gyógymód, kezelés elmaradásának kockázatairól, melyek

- Heveny, ill. krónikus epehólyag gyulladás kialakulása
- Epehólyagnyak elzáródása, gennyes epehólyag-elzáródás
- Epehólyag átfürödés, következményes hashártyagyulladás
- Esetleges epehólyagrák kialakulása

5. A javasolt gyógymód, kezelés lehetséges kockázatairól, azok előfordulási gyakoriságáról*, melyek

1. Sebgyógyulás 10-15%
2. Vérzés 1-2%
3. Visszamaradó kő az epeutakban 1-2%
4. Epeút-sérülés 0,2%
5. Bélsérülés 0,2%

*az előfordulási gyakoriságról szóló adatok közelítő értékek, melyeket osztályunk több évtizedes eredményei és a szakirodalomban leírt adatok alapján állapítottunk meg

6. A javasolt kezeléssel kívül választható kezelésről, vagy kezelésekről és azok lehetséges kockázatairól, melyek

- Gyógyszeres (konzervatív) kezelés, de ennek kapcsán kialakulhatnak a korábban felsorolt esetleges szövődmények.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények kis valószínűséggel betegségem természetéből fakadóan, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásomat.

A betegségemmel és a tervezett beavatkozással kapcsolatban adott tájékoztatást teljes egészében megértettem. Ismertették velem, hogy jogomban áll szóban is és írásban is bármikor megváltoztathatom döntésemet gyógykezelésem során. A fentieket meghaladó tájékoztatásról kifejezetten lemondok.

(a nyilatkozat a következő oldalon folytatódik!)



(folytatás az előző oldalról!)

Az orvos által adott felvilágosítással összefüggésben (3., 4., 5. pontok során részletezett adatok) a szóban feltett kérdéseimre kezelőorvosomtól megfelelő válaszokat kaptam, azokat megértettem. Elegendő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy döntsek arról, hogy gyógyulásom érdekében milyen gyógymódot, kezelést kívánok igénybe venni.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A fenti tájékoztatás kellő mérlegelése alapján beleegyezem, hogy rajtam az alábbi kezelést, műtétet végezzék el: **Epehólyag-eltávolítás hagyományos módszerrel.**

A javasolt kezelés elvégzéséhez való beleegyezésemet azzal a kitéttel fenntartom, hogy tartós, ismétlődő kezelés során ezt a hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom. Tudomással bírok arról, hogy a felajánlott kezelések bármelyikét, vagy mindegyikét elutasíthatom, ebben az esetben azonban kezelőorvosomat felelősség nem terheli a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Szekszárd, 200 .____.____.

műtési beavatkozást végző orvos
aláírása, pecsétje

beteg aláírása
(vagy törvényes képviselő aláírása)

MŰTÉT KITERJESZTÉSÉRE VONATKOZÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvosom tájékoztatott arról, hogy a rajtam, beleegyezésem alapján elvégzendő műtét során, esetlegesen előre nem látható műtési beavatkozás kiterjesztése válhat szükségessé, amely elvégzésébe

- beleegyezem
- csak olyan műtési kiterjesztésbe egyezem bele, amely nem jelenti valamely szervem, testrészem elvesztését vagy funkciójának teljes kiesését
- a műtési kiterjesztésbe nem egyezem bele

(a beteg nyilatkozatának megfelelő rész aláhúzendó!)

A beleegyezés hiánya esetén tudomásul veszem, hogy ezzel összefüggésben bekövetkező esetleges egészségkárosodásomért, gyógyulási esélyem további alakulásáért a kezelőorvosomat felelősség nem terheli.

Szekszárd, 200 .____.____.

műtési beavatkozást végző orvos
aláírása, pecsétje

beteg aláírása
(vagy törvényes képviselő aláírása)