



## MŰTÉTI TÁJÉKOZTATÓ és BELEEGYEZŐ 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: **Gyomorfekély**
- kórisme latinul: **Ulcus ventriculi**

### 2. A javasolt gyógmódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **Gyomor alsó részének eltávolítása**
- kezelés latinul: **Resectio ventriculi sec. Billroth-I.**

### 3. A javasolt gyógmód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek

- Csökken, vagy megszűnik a gyomor fekély okozta panasz együttes (fájdalom, égő érzet, gyomorvérzés, nyelési képtelenség, stb.)
- Végleges szövettani feldolgozása történhet meg az elváltozásnak, így esetleges rosszindulatú elfajulás időben felismerést nyerhet.

### 4. A javasolt gyógmód, kezelés elmaradásának kockázatairól, melyek:

- A gyomorfekély okozta panasz együttes jelentős fokozódása léphet fel
- A háttérben álló esetleges rosszindulatú elfajulás nem kellő időben kerül felfedezésre

### 5. A javasolt gyógmód, kezelés lehetséges kockázatairól, azok előfordulási gyakoriságáról\*, melyek

1. Sebgyógyulás ..... 3-8%
2. Vérzés ..... 1-2%
3. Varratfelgyógyulás ..... 3-8%
4. Átmeneti, vagy végleges táplálkozási zavar <1%

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

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

- Endoszkópos kezelés, de ennek kapcsán kialakulhatnak a korábban felsorolt esetleges szövődmények

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

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.

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 gyógmódot, kezelést kívánok igénybe venni.

**(a nyilatkozat a következő oldalon folytatódik!)**



(folytatás az előző oldalról!)

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A fenti tájékoztatás kellő mérlegelése alapján beleegyezem, hogy rajtam az alábbi kezelést, műtétet végezzék el: **Gyomor alsó részének eltávolítása**

A javasolt kezelés elvégzéséhez való beleegyezésemet azzal a kitételrel 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 .\_\_\_\_.\_\_\_\_.

-----  
műtéti 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 műtéti beavatkozás kiterjesztése válhat szükségessé, amely elvégzésébe

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

-----  
műtéti beavatkozást végző orvos  
aláírása, pecsétje

-----  
beteg aláírása  
(vagy törvényes képviselő aláírása)