



## 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 átfúródással**
- kórisme latinul: **Perforatio ventriculi**

### 2. A javasolt gyógyomódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **Gyomorfalon lévő nyílás ellátása, bevarrása**
- kezelés latinul: **Sutura ventriculi**

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

- Megszűnik a gyomornedv hasüregbe való csorgása
- Megszűnik a hashártyagyulladás, a fájdalom
- Megelőzhető a súlyos hashártyagyulladás okozta sokk, halál

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

- A gyomornedv a hasüregbe folyik, felülfertőződik, súlyos hashártyagyulladás jön létre
- A hashártyagyulladás következtében sokk alakul ki, mely halálhoz vezet

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

1. Sebgyógyulás ..... 8-10%
2. Vérzés ..... 1-2%
3. Varratleégtelesség ..... 1-6%
4. Ismételt kilyukadás ..... 1-6%

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

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

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

Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógyomód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövödmények kis valószínűséggel betegségem természetéből fakadóan, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásonkat.

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 gyógyomódot, 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:

### **Gyomorfalon lévő nyílás ellátása, bevarrása**

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)