



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: **Végbél előesés**
- kórisme latinul: **Rectocele**

2. A javasolt gyógymódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **A végbél megerősítése háló beültetésével**
- kezelés latinul: **Implantatio recti**

3. A javasolt gyógymód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek

- A betegséggel járó panaszok (székelési zavar, fájdalom, stb.) csökkenése, megszűnése
- Megelőzhető a belek elzáródása
- Megelőzhető a bélhuzamba történő vérzés kialakulása

4. A javasolt gyógymód, kezelés elmaradásának kockázatairól, melyek:

- Bél elzáródása
- Bélhuzamba történő vérzés kialakulása
- Vérszegénység kialakulhat

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

1. Sebgennyedés	10-15%
2. Vérzés	1-3%
3. Varratelégtelenség kialakulása	5-10%
4. Bélműködési zavar, bélösszenövések, bélelzáródás	20-30%
5. Halál	<1%

* 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

- Endoszkópos kezelés, de nem minden esetben kísérelhető ez meg, valamint bizonyos szövödmények (mint pl.: vérzés, bélátlyukadás) kezelés utáni kialakulásának valószínűsége magasabb, mint annak műtét utáni valószínűsége

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

A betegséggel 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 gyógyymódot, kezelést kívánok igénybe venni.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A fenti tájékoztatás kellő mérlegelése alapján beleegyezem, hogy rajtam az alábbi kezelést, műtétet végezzék el:

A végbél megerősítése háló beültetésével

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 .____.____.

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 szükségesség, 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)