



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: **Aranyeresség**
- kórisme latinul: **Nodi haemorrhoidales**

2. A javasolt gyógymódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **Ultrahang-vezérelt aranyér alálóltés**
- kezelés latinul: **Sutura haemorrhoidalis**

3. A javasolt gyógymód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek

- Csökken, vagy megszűnik az aranyeresség okozta panasz együttes (fájdalom, viszketés, égő érzet, székletürítési nehézség, végbélvérzés stb.)
- Elkerülhető az aranyeresség egyes szövődményeinek, mint pl: kizáródás, gyulladás, bealvadás, stb. kialakulása a későbbiekben.
- Rövidebb a gyógyulási idő, mint a hagyományos műtét után

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

- Az aranyeresség okozta panasz együttes jelentős fokozódása léphet fel
- Az aranyeresség egyes, fentebb említett szövődményei alakulhatnak ki a későbbiekben

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

1. Átmeneti, vagy végleges késői műtéti utáni fájdalom <1%
2. Vérzés 1-2%
3. Aranyeresség kiújulása 8-10%
4. Átmeneti, vagy végleges székletürítési zavar <1%
5. Végbélnyílás beszűkülése <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

- Gyógyszeres kezelés, de ennek kapcsán kialakulhatnak a korábban felsorolt esetleges szövődmények, továbbá végleges gyógyulást nem nyújthat hosszútávon

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.

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. **(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:

Ultrahang-vezérelt aranyér aláöltés

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 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 aláhúzendő!)

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)