



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: **Végbél sipoly**
- kórisme latinul: **Fistula ani**

2. A javasolt gyógymódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **Végbélsipoly műtét**
- kezelés latinul: **Exstirpatio fistulae ani**

3. A javasolt gyógymód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek

- Csökken, vagy megszűnik a végbélsipoly okozta panasz együttes (fájdalom, viszketés, égő érzet, székletürítési nehézség, végbélvérzés stb.)
- Elkerülhető a végbélsipoly egyes szövődményeinek, mint pl.: gyulladás, széklettartási képtelenség, stb. kialakulása a későbbiekben.

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

- A végbélsipoly okozta panasz együttes jelentős fokozódása léphet fel
- A végbélsipoly 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. Végbélsipoly kiújulása 8-10%
4. Átmeneti, vagy végleges székletürítési zavar <1%
5. Széklettartási képtelenség <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:

Végbélsipoly műtét

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 .____.____.

műtėti 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 műtėti beavatkozás kiterjesztése válhat szükségesség, amely elvégzésébe

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

műtėti beavatkozást végző orvos
aláírása, pecsétje

beteg aláírása
(vagy törvényes képviselő aláírása)