



- a dokumentum 2 oldalból áll! -

MŰTÉTI TÁJÉKOZTATÓ és BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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: **Jobb / Bal oldali mellkasban bizonytalan eredetű elváltozás**
- kórisme latinul: **Tu. Thoracis d./s. susp.**

2. A javasolt gyóymódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **Mellkastükrözéses eltávolítás**
- kezelés latinul: **Resectio thoracoscopica**

3. A javasolt gyóymód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek

- Az ismeretlen entitású elváltozásból szövettani vizsgálat készülhet

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

- Esetleges rosszindulatúság rejtve maradhat
- Nem kellő időben kezdődhet meg a kezelése a már meglévő rosszindulatú daganatnak

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

- | | |
|---|-------|
| • mellkas megnyitás /hagyományos nyitott műtét/ | 15% |
| • mellkasfali ér-, idegsérülés | 10% |
| • sebgennyedés | 3 % |
| • vérzés | 1-2 % |
| • tüdőtágulási zavar a műtét után | 5% |
| • mellkasi nagyér sérülés | 1-2 % |
| • 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

- várakozás, megfigyelés, rtg, CT kontroll vizsgálatok
- esetleg tüneti kezelések, melyek nem eredményezik a betegség gyógyítását és a szükséges, lehetséges kezelés elmaradása következtében súlyos egészségkárosodás alakulhat ki

Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyóymód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövödmények 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.

(a nyilatkozat a következő oldalon folytatódik!)



- a dokumentum 2 oldalból áll! -

(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 gyógymódot, kezelést kívánok igénybe venni.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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

Mellkastükrözéses eltávolítás

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)