



## 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: **Váladékozó emlő jobb/bal oldal**
- kórisme latinul: **Mamma secernans l.d./l.s.**

### 2. A javasolt gyógymódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **Jobb / bal oldali emlő elváltozás eltávolítása**
- kezelés latinul: **Excisio lesionis mammae l.d. / l.s.**

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

- Az elváltozás teljes eltávolítást nyerhet
- Az elváltozás részletes szövettani feldolgozásra kerül, így elkerülhető esetleges rosszindulatúság rejtve maradása

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

- Az elváltozás növekedése léphet fel
- A későbbiekben a váladékozás fokozódhat, malignus daganat alakulhat ki.

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

1. Sebgyógyulás ..... 1-3%
2. Vérzés ..... 1-2%
3. Savóképződés ..... 1-5%
4. Helyi daganatkiújulás ..... <1%
5. Bőrérzés műtét utáni ideiglenes kiesése ..... 5-10%
6. Bőrérzés műtét utáni végleges kiesése ..... <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

- Megfigyelés, de ennek kapcsán kialakulhatnak a korábban felsorolt esetleges szövődmények
- Jelenlegi orvosi tudásunk szerint csak műtéti megoldástól várható végleges gyógyulás

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

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 gyógyómódot, kezelést kívánok igénybe venni.

## **BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**

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

### **Jobb / bal oldali emlő elváltozásának eltávolítása**

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 szükségessé, 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)