



MŰTÉTI TÁJÉKOZTATÓ és BELEEGYZŐ NYILATKOZAT (a dokumentum 3 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: **Emlő rosszindulatú daganata a jobb / bal emlőben**
- kórisme latinul: **Tumor maligna mammae l.d / l.s.**

2. A javasolt gyógymódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **A jobb / bal oldali emlő teljes eltávolítása**
- kezelés latinul: **Ablatio mammae l.d. / l.s.**

3. A javasolt gyógymód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek

- A daganat teljes eltávolítást nyerhet
- A daganat részletes szövettani feldolgozásra kerül, így a megfelelő stádiumba sorolása is megtörténhet a betegségnek, s ez alapján a szükséges kiegészítő onkológiai kezelést időben kaphatja meg a beteg.

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

- A daganat növekedése, kifeléyesedése léphet fel
- Daganatos burjánzás, áttétképződés léphet fel, mely halálhoz vezethet
- A nem megfelelő stádiumba sorolás miatt nem kapja meg a beteg időben a szükséges kiegészítő onkológiai kezelést

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 3-8%
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 kezeléssel 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 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 betegséggemmel 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:

A jobb / bal oldali emlő teljes 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 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)