



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. Betegségeről, mely

- kórisme magyarul: **Műtét utáni vérzés**
- kórisme latinul: **Haemorrhagia postoperativa**

2. A javasolt gyógyomódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **Műtéti terület feltárása, vérzés megszüntetése**
- kezelés latinul: **Exploratio, haematoma evaquatio, sutura**

3. A javasolt gyógyomód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek

- További vérzés elkerülése, kivérzés megelőzés
- Megelőzhető a műtéti terület szöveteinek elhalása

4. A javasolt gyógyomód, kezelés elmaradásának kockázatairól, melyek

- Szöveti elhalás
- Életet veszélyeztető kivérzés
- Halál

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

1. Sebgyógyulás 10-20%
2. Vérzés kiújulás 2-3%
3. Szövetelhalás a műtéti területen..... 10%
4. 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

- Gyógyszeres (konzervatív) kezelés, de ezzel a módszerrel az vérzéssel járó folyamat tovább haladhat.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógyomód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövödmények kis valószínűséggel betegségem természetéből fakadóan, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyuláson. 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 gyógyymódot, kezelést kívánok igénybe venni.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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

Műteti terület feltárása, vérzés megszüntetése.

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 .____.____.

műteti 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 műteti beavatkozás kiterjesztése válhat szükségessé, amely elvégzésébe

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

műteti beavatkozást végző orvos
aláírása, pecsétje

beteg aláírása
(vagy törvényes képviselő aláírása)