

## Beleegyező nyilatkozat

Alulírott ..... (név)  
.....(szül.idő) tanúsítom, hogy engem Dr.....

kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségről, mely a kórisme szerint (magyarul): arc repesztett sebe
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): seb varrata

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- Műtétet követő vérzés, fertőzés.
- Sebszélek műtétet követő szétnyílása.
- Orrhát/orr bemenet/arc bőrének érzéketlensége, érzészavara.
- Orrhát/orr bemenet/arc bőrének kozmetikai deformitása.
- Szem körüli vérömleny kialakulása.
- Gátolt orrlégzés.
- Műtétet követő kisugárzó fájdalom.

És a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint ....., azok kockázatairól és következményeiről. Ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

Hozzájárulok, hogy hozzátartozóimat betegségről teljes körűen tájékoztassák.  
A tájékoztató megértése után úgy határoztam, hogy a javasolt kezelésbe beleegyezem.

Kérem, hogy a „arc seb varrata” műtétet végezzék el.

Szekszárd, .....

.....  
Orvos aláírása

.....  
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása