

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott (név)
.....(szül.idő) tanúsítom, hogy engem Dr.....
kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségemről, mely a kórisme szerint (magyarul): orrnyálkahártya túltengése idült gyulladás miatt /orropolyp/.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): endoscopos orropolyp eltávolítása műtét.

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- Vérzés
- Fertőzés
- Szaglászavar
- Orrpörkösödés
- Gyógyszer-túlérzékenység
- Alapbetegség kiújulása
- Szemüreg sérülés, kettőslátás, látászavar
- Liquorcsorgás
- Koponyúri sérülés, fertőzés
- Pneumoencephalomeningitis
- Meningitis , agytályog

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

Kérem, hogy a „endoscopos orropolyp eltávolítása” műtétet végezzék el.

Szekszárd,

.....
Orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

