

Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségemről, mely a kórisme szerint (magyarul): Fül/arc bőrének rosszindulatú / jóindulatú daganata.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): Fül/arc bőrén lévő daganat műtéti kimetszése.

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- Műtétet követő vérzés, fertőzés.
- Sebszélek műtétet követő szétnyílása.
- Műtétet követő kisugárzó fájdalom.
- Fül / arc bőrének érzéketlensége, érzészavara.
- Arcideg sérülés / arcizmok átmeneti / tartós gyengesége, bénulása.
- Fül / arc bőrének kozmetikai deformitása.

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 „nyak bőrén lévő daganat eltávolítása” műtétet végezzék el.

Szekszárd,.....

.....
Orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

