

## Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségemről, mely a kórisme szerint (magyarul): fültőmirigy idült gyulladása / daganata.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): a fültőmirigy felületes / mély lebenyének műtéti eltávolítása.

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- Vérzés.
- Fertőzés.
- Műtét utáni fájdalom.
- Műtéti terület bőrének érzéketlensége, zsibbadása.
- Műtéti terület bőrének kipirulása, veritékezés.
- Szájszárazság.
- Tartós nyálsipoly kialakulása.
- Műtéti seb szétnyílása.
- Arcfájdalom.
- Arcideg /sérülés /gyengeség / bénulás.
- Arcizom sérülés / gyengeség / bénulás.
- Műtéti sebzés 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 „fültőmirigy felületes / mély lebenyének műtéti eltávolítása” műtétet végezzék el.

Szekszárd, .....

.....  
Orvos aláírása

.....  
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

