

## Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségemről, mely a kórisme szerint (magyarul): a gége rosszindulatú daganata.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): részleges gégeeltávolítás, algarat-nyelvgyök részleges eltávolítása.

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- A műtétet követő vérzés.
- Sebfertőzés.
- Nyaki nyálsipoly kialakulása.
- Nyelési panaszok.
- Műtési terület fájdalma, kisugárzó fájdalom.
- A nyak kozmetikai deformitása, torzító hegek
- A hang , beszéd megváltozása, .
- Hangképzési nehezítettség.
- Tartós nyirokfolyás.
- Légzési panaszok, fulladás
- Átmeneti / tartós orr-gyomor tápszonda / hasi szonda viselése.
- Átmeneti/ Tartós kanül viselése
- Uszodai,kádi fürdés mellőzése.
- Nyelési nehézség, képtelenség, félrenyelés (aspiráció), tartós nyálfolyás.
- Daganat kiújulása.
- Szaglászavar, orrhurut
- Fizikai teljesítőképesség csökkenése
- Utóvérzés; transzfúzió szükségessé válása.
- Székelési nehézség.
- Amennyiben a gége részleges eltávolítása a daganat teljes eltávolítását nem teszi lehetővé, teljes gégeeltávolítás válhat szükségessé.
- Ismételt műtét, /sugárkezelés/ gyógyszeres kezelés szükséges.
- Hirtelen halál.

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 „részleges gégeeltávolítás” műtétet végezzék el.

Szekszárd, .....

.....  
Orvos aláírása

.....  
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

