

Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségemről, mely a kórisme szerint (magyarul): idült arcüreggyulladás / arcüregi cysta / arcüregi térfoglaló folyamat / orrvérzés.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): arcüreg műtét /Luc-Caldwell/.

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- Fertőzés
- Vérzés
- Mellső fogak érzékenysége, sérülése, érzéketlensége, elhalása
- Szemkörüli bevérzés
- Szaglászavar
- Szemüreg sérülés, látászavar, kettőslátás
- Sebészi orrpörkösödés
- Koponyúri sérülés, fertőzés
- Gyógyszer-túlérzékenység
- Szívmegállás
- Váratlan halál
- Arcüreg gyulladás
- Arcfájdalom
- Arcüreg – szájüreg közötti sipoly

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 „arcüreg műtét /Luc-Caldwell/” műtétet végezzék el.

Szekszárd,

.....
Orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

