

Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségemről, mely a kórisme szerint (magyarul): gége-, garat-, algarat rosszindulatú daganatának gyanúja.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): gégetükrüzés, gége/garat/algarat falán lévő elváltozás LASER-es eltávolítása.

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- | | |
|--|---|
| - Műtétet követő vérzés | - Gége/gatat/algarat átfúródás, sérülés |
| - Fertőzés | - Átmeneti / tartós rekedtség |
| - Műtétet követően fellépő kisugárzó fájdalom | - Nyelési nehezítettség/képtelenség |
| - Fulladás | - Légcső elülső falának égési sérülése |
| - Szájüreg, garat, algarat, gége nyálkahártya égési sérülése | |

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 „gégetükrüzés, gége/garat/algarat falán lévő elváltozás LASER-es eltávolítása” műtétet végezzék el.

Szekszárd,

.....
Orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

