

Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségemről, mely a kórisme szerint (magyarul): mandula körüli tályog gyanúja
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): tályog megnyitás

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- | | |
|---|--|
| - Vérzés | - Lágyszájpad bénulás |
| - Fertőzés | - Hangszínváltozás |
| - Heves műtér utáni kisugárzó
fájdalom | - Orrhangzós beszéd,étel orron át
történő ürülése |
| - Gócbetegség esetleges fellobbanása | - Hegtályog |
| - Nyelészavar | - Gyógyszer-túlérzékenység |
| - Nyelvsérülés, ízérzés zavar,nyelv-
mozgászavar | - Állkapocsizületi sérülés,rágáskor
jelentkező fájdalom zavar |
| - Heveny középfülgyulladás kialakulása | - Nagy nyaki verőér sérülése
kapcsán kialakult vérzés |
| - Ajak-,fogíny-,fog-,nyelvsérülés | |
| - Váratlan 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 „tályog megnyitás” műtétet végezzék el.

Szekszárd,

.....
Orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása