

## Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségről, mely a kórisme szerint (magyarul): heveny csecsnyúlvány gyulladás.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul) A csecsnyúlvány és a hátsó hallójáratfal üregrendszerének felfúrása, gyullad szövet eltávolítása .Annak kockázatairól és szövődményeiről:
  - Fertőzés
  - Vérzés
  - Fülfolyás
  - Maradandó dobhártya perforáció
  - Hallócsontlánc sérülés, halláscsökkenés
  - Gyógyszer-túlérzékenység
  - Rágóizület sérülés, rágáskor jelentkező fájdalom
  - Arcideg, arcizom gyengeség, -bénulás
  - Nyelv zsibbadás, ízérzés zavar
  - Szédülés
  - Fülzúgás
  - Hallójárat sérülés, hallójárat gyulladás
  - Halláskiesés , maradandó sükettség
  - Az operált fül környéki bőr érzéketlensége

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 betegségről teljes körűen tájékoztassák.  
A tájékoztató megértése után úgy határoztam, hogy a javasolt kezelésbe beleegyezem.

Kérem, hogy a csecsnyúlvány elfúrása beavatkozást végezzék el

Szekszárd, .....

.....  
Orvos aláírása

.....  
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

