

Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségemről, mely a kórisme szerint (magyarul): oldalsó / középső nyaki cysta.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): oldalsó / középső nyaki cysta műtéti eltávolítás.

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- Műtétet követő vérzés.
- Sebfertőzés.
- Nyaki nyálsipoly kialakulása.
- Műtét utáni fájdalom
- Érzészavar, zsibbadás a műtét területén.
- Az alapbetegség kiújulása.
- A nyak kozmetikai deformitása.

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

Kérem, hogy a „oldalsó /középső nyaki cysta eltávolítása” műtétet végezzék el.

Szekszárd,

.....
Orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása