

Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségről, mely a kórisme szerint (magyarul): nyak sebének varrása, tisztítása
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): a korábbi műtéti terület feltárása, elhalt területek kimetszése, seb felszín forgatott bőrlebennnyel fedése,
3. Annak kockázatairól és szövődményeiről:
 - A műtétet követő vérzés.
 - Fertőzés
 - szétnyílása
 - Nyelési panaszok
 - A nyelőcső, gyomor átfúródás,sérülés
 - Műtét utánifellépő, kisugárzó fájdalom.
 - Gége/garat/algarat átfúródás,sérülés
 - Nyelési nehezítettség/képtelenség/
 - Sebszélek műtétet követő
 - Tápcsatorna falának vérzése
 - Nyaki nyálsipoly kialakulása.
 - A nyak kozmetikai deformitása.
 - Szaglászavar, orrhurut.
 - Fulladás

És a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint konzervatív sebkezelés, 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.

4. Kérem, hogy a „a korábbi műtéti terület feltárása, elhalt területek kimetszése, seb felszín forgatott bőrlebennnyel fedése” műtétet végezzék el.

Szekszárd,

.....
Orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása