

Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségről, mely a kórisme szerint (magyarul): a nyelv rosszindulatú daganata
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): nyelv tumor kimetszés, félvastag bőrrel való pótlás
3. Annak kockázatairól és szövődményeiről:
 - A műtétet követő vérzés.
 - Sebfertőzés
 - Tartós nyelési panaszok, nyelési képtelenség.
 - Műtét utáni fájdalom.
 - Légzési panaszok, fulladás
 - Félvastag bőrlebeny adó helyének fájdalma, hegesedéssel gyógyulása, sarjszövet képződés

És a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint, azok kockázatairól és következményeiről. Ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

4. 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 „nyelvtumor eltávolítás, félvastag bőrrel való pótlás” műtétet végezzék el.

Szekszárd,

.....
Orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes
képviselőjének aláírása
lakcíme