

## Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségemről, mely a kórisme szerint (magyarul): nyelőcső idegentest gyanúja.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): nyelőcsőtükrözés, idegentest eltávolítás.

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- Műtétet követő vérzés.
- Fertőzés.
- Műtét után fellépő kisugárzó fájdalom.
- Nyelési nehezítettség, képtelenség.
- Orron keresztül levezetett átmeneti tápszonda.
- Szövődményes heveny mellüreg-, mellhártya gyulladás
- Tüdő felek részleges összeesése.
- Nyelőcső áthatoló sérülése.
- PEG
- Alsó-felső fogsor, nyelv, garat sérülés.
- 

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 „nyelőcsőtükrözés, idegentest eltávolítása” műtétet végezzék el.

Szekszárd, .....

.....  
Orvos aláírása

.....  
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása