

Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségemről, mely a kórisme szerint (magyarul): orrgarat mandula idült gyulladása, idült savós középfülgyulladás.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): orrgarat mandula eltávolítása, dobhártyákba szellőzőcső behelyezése műtét.

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- Fülfolyás.
- Vérzés.
- Maradandó dobhártya perforáció.
- Heves műtét utáni kisugárzó fájdalom.
- Gócbetegség esetleges fellobbanása.
- Nyelészavar.
- Hallócsontlánc sérülés, halláscsökkenés.
- Orrhangzós beszéd, étel orron át történő ürülése.
- Hallójárat sérülés, hallójárat gyulladás.
- Gyógyszer-túlérzékenység.
- Ventilációs tubus dobüregbe esése
- Heveny középfülgyulladás kialakulása.
- Hangszínváltozás.
- Ajak-, fogíny-, fog-, nyelv-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 „orrgarat mandula eltávolítása, dobhártyákba szellőzőcső behelyezése” műtétet végezzék el.

Szekszárd,

.....
Orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása