

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott (név)
.....(szül.idő) tanúsítom, hogy engem Dr.....

kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségemről, mely a kórisme szerint (magyarul): orrsövényferdülés és orrnyálkahártya idült túltengése gyulladás miatt /orropolyp/.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): orrsövény műtét és orropolyp műtéti eltávolítása.

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| - Fertőzés | - Orrlégzéskor lebegő érzés az orrban |
| - Vérzés | - Sebészi orrpörkösödés |
| - Mellső fogak érzékenysége, sérülése | - Koponyúri sérülés, fertőzés |
| - Orrsövény tályog, -átlyukadása | - Gyógyszer-túlérzékenység |
| - Orrsípolás | - Liquor csorgás |
| - Szem körüli bevérzés | - Meningitis, agytályog |
| - Nyitott orrhangzás | - Szívmegállás |
| - Orrhát besüppedése | - Váratlan halál |
| - Szaglászavar, látászavar | |
| - Szemüreg 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 „orsövény műtét és orropolyp eltávolítása” műtétet végezzék el.

Szekszárd,

.....
Orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása