

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott (név)

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

kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségemről, mely a kórisme szerint (magyarul): mandula-nyelvgyök-lágyszájpad-szájfenék-állkapocs rosszindulatú / jóindulatú daganata; valamint regionális nyaki nyirokcsomó áttétek.
2. A javasolt gyógyomódról, mely (magyarul):mandula-nyelvgyök-lágyszájpad-szájfenék rosszindulatú / jóindulatú daganat, részleges állkapocs, radikális nyaki lágyszájpad műtéti eltávolítása, valamint a hiány pótlása elforgatott, mellkasi bőr-izom lebennyel.

Annak kockázatairól és szövódményeiről:

- Műtét után fellépő vérzés.
- Fertőzés.
- Rágáskor fellépő kisugárzó fájdalom, rágási nehezítettség, szükségessége.
- Kisugárzó műtétet követő fájdalom.
- Nyelési nehezítettség / képtelenség.
- Részleges /teljes szájzár. kiújulása.
- Nyaki nyálsipoly kialakulása.
- Fizikai teljesítőképesség csökkenése. deformitása.
- Tartós nyirokfolyás.
- Hangszín megváltozása.
- Étél,ital orron történő visszafolyása
- Nehezített, elmosott beszéd.
- Átmeneti légcsőszűkület
- Átmeneti/ tartós tápszondán –PEG-en történő táplálás.
- Daganatos folyamat esetleges
- Kar / váll gyengeség, bénulás.
- A nyak / mellkas kozmetikai
- A nyak / mellkas bőrén fellépő érzészavar,- kiesés, zsibbadás.

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

3. A javasolt gyógyomód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövódményeiről 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 „mandula-nyelvgyök-lágyszájpad-szájfenék rosszindulatú / jóindulatú daganat, részleges állkapocs, radikális nyaki lágyszájpad műtéti eltávolítása, valamint a hiány pótlása elforgatott, mellkasi bőr-izom lebennyel ” műtétet végezzék el.

Szekszárd,

.....
Orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása