

Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségemről, mely a kórisme szerint (magyarul): pajzsmirigy daganata / idült gyulladása / göbös megnagyobbodása.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): a pajzsmirigy részleges / teljes eltávolítása műtét.

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- Vérzés, nyaki nagyér sérülése.
- Vérátömlesztést igénylő vérzés.
- Nyaki vérömleny.
- Légembólia.
- Fertőzés, láz, sebgyógyulás, gáttörés gyulladása.
- Nyaki sipoly,- tályog.
- Hang megváltozása, meggyengülés, rekedtség, hangszalagbénulás.
- Nehézlégzés, fulladás.
- Légcsőműtét szükségessége, légcsőkanül viselése.
- Légcső-, gége-, nyelocsősérülés.
- Nyelési nehézség, nyelési képtelenség, tápszondán át történő táplálás szükségessége.
- Váratlan halál.
- Tüdő-, mellhártya sérülése.
- Szegycsont megnyitásának szükségessége.
- Torzító nyaki heg.
- Nyaki fájdalom, érzészavar.
- Fog-, fogpótlás-, fogíny sérülése
- Daganat kiújulása.
- Pajzsmirigy hormonok pótlásának átmeneti vagy életemen át tartó szükségessége.
- Mellékpajzsmirigyek sérülése -, eltávolítása.
- Mellékpajzsmirigy hormonok pótlásának szükségessége.
- Görcskészség fokozódása, görcsök, zsibbadás.

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 „pajzsmirigy részleges / teljes eltávolítása” műtétet végezzék el.

Szekszárd,

.....
Orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása