

## Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségemről, mely a kórisme szerint (magyarul): nyelőcső-légcső-gége-orrgarat rosszindulatú daganatának gyanúja.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): nyelőcső-légcső-gégetükrözés. Orrgarat feltárás.

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- Műtétet követő vérzés.
- Fertőzés.
- Műtétet követően fellépő kisugárzó
- Fájdalom.
- Fulladás.
- Nyelőcső/légcső/gége sérülés, átfúródás.
- Nyaki tályog/sipoly kialakulása.
- Heveny/savós/gennyes középfülgyulladás.
- Nyelési nehezítettség/képtelenség.
- Szövődményes heveny mellhártya/mellüregi gyulladás.
- Tüdő felek részleges összeesése.

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 „nyelőcső-légcső-gégetükrözés, orrgarat feltárás” műtétet végezzék el.

Szekszárd, .....

.....  
Orvos aláírása

.....  
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása