

## Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségről, mely a kórisme szerint (magyarul): regionális nyirokcsomó áttétek.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): Szelektív nyaki lágyszövet eltávolítás.  
Annak kockázatairól és szövődményeiről:  
A műtétet követő vérzés.
  - Sebfertőzés.
  - Nyaki nyálsipoly kialakulása.
  - Tartós nyelési panaszok, nyelési képtelenség.
  - Műtét utáni fájdalom. -
  - Fizikai teljesítőképesség csökkenése
  - Tartós nyirokfolyás.
  - Kar gyengeség, bénulás
  - Váll gyengeség.
  - Érzészavar, zsibbadás a műtét területén
  - A nyak kozmetikai deformitása
  - Száj elferdülése, szájzug mozgásának elmaradása

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 betegségről teljes körűen tájékoztassák.  
A tájékoztató megértése után úgy határoztam, hogy a javasolt kezelésbe beleegyezem.

Kérem, hogy a „szelektív nyaki lágyszövet eltávolítás” műtétet végezzék el.

Szekszárd, .....

.....  
Orvos aláírása

.....  
a beteg vagy törvényes  
képviselőjének aláírása