

Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségemről, mely a kórisme szerint (magyarul): a gége és algarat rosszindulatú daganata.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): teljes gége és részleges garateltávolítás. Annak kockázatairól és szövődményeiről:
 - A műtétet követő vérzés.
 - Sebfertőzés.
 - Nyaki nyálsipoly kialakulása.
 - Tartós nyelési panaszok, nyelési képtelenség.
 - Műtét utáni fájdalom.
 - A nyak kozmetikai deformitása.
 - A hang teljes elvesztése.
 - Légzési panaszok, fulladás.
 - Légcső kiszáradtatása a nyak bőrére.
 - Tartós kanül viselése.
 - Uszodai,kádi fürdés mellőzése.
 - Szaglászavar, orrhurut.
 - Székelési nehézség.
 - Fizikai teljesítőképesség csökkenése
 - Száj elferdülése, szájzug Mozgatásának elmaradása, Kiesése.

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 „teljes gége-és részleges garateltávolítás” műtétet végezzék el.

Szekszárd,

.....
Orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes
képviselőjének aláírása
lakcíme