

## Beleegyező nyilatkozat

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

1. A betegségemről, mely a kórisme szerint (magyarul): halláscsökkenés.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): középfül műtéti feltárása /tympanotomia.

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- Fertőzés
- Vérzés
- Fülfolyás
- Maradandó dobhártya perforáció
- Hallócsontlánc sérülés, halláscsökkenés
- Gyógyszer-túlérzékenység
- Rágóizület sérülés, rágáskor jelentkező fájdalom
- Arcideg, arcizom gyengeség, -bénulás
- Nyelv zsibbadás, ízérzés zavar
- Tartós forgó szédülés, fülzúgás
- Hallójárat sérülés, hallójárat gyulladás
- Halláskiesés , maradandó sükettség
- Az operált fül környéki bőr érzéketlensége
- 

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 „középfül műtéti feltárása (tympanotomia)” műtétet végezzék el.

Szekszárd, .....

.....  
Orvos aláírása

.....  
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása