



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

invazív vagy műtéti beavatkozásokhoz

A beteg adatai	Korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen beteg törvényes képviselőjének (hozzártatózójának) neve:
Név	
Születés dátuma	
TAJ	

Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával tanúsítom, hogy engem dr.
(a kezelést/beavatkozást végző orvos) megfelelő, számomra érthető módon, részletesen tájékoztatott az alábbiakról:

A betegség megnevezése, Húgyhólyag rosszindulatú daganatának kiújulása.
kórisme (magyarul)

A javasolt gyógymód, kezelés (magyarul) Húgycsővön keresztül laser coaguláció.

A javasolt gyógymód, kezelés Local anesthesia, egynapos ellátás.
lehetséges előnyei

A javasolt gyógymód, kezelés Vérzés, fájdalom, gyulladás, húgyhólyag sérülés.
lehetséges kockázatai

A javasolt gyógymód, kezelés Daganat növekedése, áttét képződése.
elmaradásának kockázatai

A javasolt gyógymód, kezelés Húgycsővön keresztül a daganat coagulatiója, resectiója (TUR)
helyett választható egyéb
gyógymódokról és azok kockázatairól

Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények kis valószínűséggel betegségem természetéből fakadóan, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulást.

A betegséggemmel és a tervezett beavatkozással kapcsolatban adott tájékoztatást teljes egészében megértettem. Ismertették velem, hogy jogomban áll szóban is és írásban is bármikor megváltoztatni döntésemet a gyógykezelésem során. A fentieket meghaladó tájékoztatásról kifejezetten lemondok.

A beavatkozás előnyeire, hátrányaira és elmaradásának kockázataira vonatkozó szóban feltett kérdéseimre kezelőorvosomtól megfelelő válaszokat kaptam, azokat megértettem. Elegendő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy döntsek arról, hogy gyógyulásom érdekében milyen gyógymódot, kezelést kívánok igénybe venni.

- folytatás a következő oldalon -

A fenti tájékoztatás kellő mérlegelése alapján beleegyezem, hogy rajtam az alábbi kezelést/beavatkozást végezzék el:

.....

A javasolt kezelés/beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet azzal a kitéllettel fenntartom, hogy tartós, ismétlődő kezelés során ezt a hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom.

Egészségi állapotáról adható tájékoztatásról és adatainak kezeléséről, az ÁLTALÁNOS HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT című nyomtatványon rendelkezhet.



BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

invazív vagy műtéti beavatkozásokhoz

Tudomással bírok arról, hogy a felajánlott kezelések/beavatkozások bármelyikét, vagy mindegyikét elutasíthatom, ebben az esetben azonban kezelőorvosomat felelősség nem terheli a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Szekszárd,

.....
kezelést/beavatkozást végző orvos
aláírása, pecsétje

.....
beteg aláírása
vagy a törvényes képviselő aláírása

EGYNAPOS SEBÉSZETI ELLÁTÁSRA VONATKOZÓ NYILATKOZAT

Kérem és hozzájárulok ahhoz, hogy a gyógykezelésemhez szükséges fent megnevezett kezelést/beavatkozást, egynapos sebészeti ellátás keretében végezzék el rajtam. Ennek érdekében nyilatkozom arról, hogy

- lakás- és higiénés körülményeim megfelelőek,
- tartózkodási helyemtől az ellátó egészségügyi intézmény személygépkocsival (mentővel) - átlagos forgalmat figyelembe véve - 30 perc alatt elérhető,
- tartózkodási helyemen telefon biztosított,
- hazaszállításomkor és a tartózkodási helyemen a műtétet követő éjszakán részemre a felügyelet, valamint szükség esetén a megfelelő egészségügyi ellátáshoz jutás lehetősége biztosított,
- hozzájárulok a műtét egynapos sebészeti ellátás formájában történő elvégzéséhez.

Nyilatkozom továbbá arról, hogy a tájékoztatást megkaptam az alábbiakról:

- az ellátás egynapos jellegéről és speciális követelményeiről, a választható egyéb lehetőségekről,
- az egynapos ellátást megelőző és követő vizsgálatok típusairól, időbeliségéről,
- az egynapos ellátást követő speciális követelményekről és lehetőségekről.

Szekszárd,

.....
beteg aláírása
vagy a törvényes képviselő aláírása

Ha a beteg nem tud írni, akkor szóban két tanú előtt nyilatkozhat, és a tanúk írják alá a nyilatkozatot.

1. tanú

2. tanú

név:
lakcím:
aláírás: