

## Műtéti beleegyező nyilatkozat

Alulírott az alábbi nyilatkozatot teszem:

1. Tanúsítom, hogy engem dr. \_\_\_\_\_ az alábbiakról világosított fel: betegségem, mely kórisme szerint / illetve feltételezhetően: a vastagbél vagy végbél rosszindulatú daganata
2. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi műtétet, beavatkozást, illetve kezelést elvégezzék: a javasolt gyógy mód, mely (magyarul): a daganatos bélszakasz eltávolítása, a bélvégek közötti összeköttetés, szükség esetén ideiglenes vagy végleges hasfali bélkivezetés, vendégnyílás készítés annak leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szövődményei: vérzés, utóvérzés, sebgyógyulás, sebgyógyulási zavarok, környező szervek és képletek sérülése, varratelégztelenség, hashártyagyulladás, sipoly kialakulás, vérmérgezés, többszervi elégtelenség, későbbiekben sérvképződés, daganat kiújulás illetve várható előnyei: az alapbetegségből adódó panaszok megszűnte és a várható következmények megelőzése és a helyette alkalmazható gyógy módok és azoknak esetleges hátrányai: a műtét elmaradása esetén a daganatos folyamat terjedése, a környező szervek beszűrése, bélelzáródás, áttét képződése, a betegség hosszú távon nem gyógyítható műtét nélkül
3. Kijelentem, hogy a műtét, beavatkozás, kezelés természetéről és céljáról, a várható előnyökről és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módzatairól megfelelő tájékoztatást kaptam. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.
4. A műtéti beavatkozás során azon változtatásokkal, amelyek a műtét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek.
5. Tudomásul veszem, hogy a műtétem, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai - és kórszövetteni vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további felhasználásába.
6. Beleegyezem, hogy a műtét, a beavatkozás, illetve kezelés menetéről fénykép vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon a személyem nem válik felismerhetővé.
7. Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért beleegyezem abba, hogy kezelésemben - felelős személy jelenlétében és annak felügyelete mellett - nem csak orvosok, hanem orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez.
8. Tudomásul veszem, hogy az egészségi állapotom indokolt szakszerű ellátás érdekében műtétemet vagy a rajtam végzendő beavatkozást az osztályvezető főorvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény figyelembevételével.
9. Betegségemről, annak esetleges rosszindulatú természetéről kérek / nem kérek felvilágosítást (a megfelelő rész aláhúzendó). Betegségemmel kapcsolatban (rokon, hozzátartozó): kaphat felvilágosítást.

10. A kapott tájékoztatást elegendőnek találtam, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha állapotom változása újabb vizsgálatokat, illetve beavatkozásokat tesz szükségessé.

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a műtétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiktől a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminemű igényt nem támasztok.

.....

.....  
a tájékoztató orvos aláírása  
képviselő,

a beteg, törvényes

vagy a meghatalmazott

hozzátartozó aláírása

### **I. SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA**

A betegtől, vagy illetékes személytől hozzájárulás elnyerése miatti késedelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti. Úgy ítéljük meg, hogy SÜRGŐSSÉGI MŰTÉT SZÜKSÉGES.

.....

.....

1. orvos aláírása

2. orvos aláírása

### **II. AMBULÁNS BEAVATKOZÁS ÁLTALÁNOS ÉRZÉSTELENÍTÉSBEN**

Ambuláns beavatkozás esetén közlöm az orvossal, amennyiben az utolsó hat órában a beavatkozás előtt ettem vagy ittam. Tudomásul vettem, hogy a beavatkozás befejezése után még nem tanácsos egyedül közlekednem, ezért kíséret nélkül nem vállalkozom a hazamenetelre. Megértettem, hogy az érzéstelenítés utóhatásai miatt legkorábban 24 óra múlva szabad aktívan utcai forgalomban részt vennem, autót vezetnem, gépen dolgoznom, netán szeszes italt fogyasztanom.

.....

a beteg, törvényes

képviselő,

vagy a meghatalmazott

hozzátartozó aláírása

### **III. MŰTÉT, BEAVATKOZÁS, KEZELÉS MEGTAGADÁSA**

A fenti tájékoztatás ismeretében az alábbi műtét, beavatkozás, illetve kezelés elvégzésébe nem egyezem bele.

.....  
képviselő, a beteg, törvényes  
hozzátartozó aláírása vagy a meghatalmazott

.....  
.....  
1. tanú aláírása 2. tanú aláírása

#### **IV. MEGERŐSÍTŐ NYILATKOZAT**

Amennyiben betegsége természetéről, gyógykezelése részleteiről, gyógyulási kilátásairól nem kíván részletes felvilágosítást kapni, és ezért a döntéseket a kezelőorvosára bízva, úgy szíveskedjék e tartalmú nyilatkozatot kézírásával lejegyezni.

.....  
képviselő, a beteg, törvényes  
hozzátartozó aláírása vagy a meghatalmazott