

1. Tanúsítom, hogy a kezelőorvosom tájékoztatott a betegségemről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul): **St. post op.**

2. A javasolt gyóymódról, mely (magyarul): **fém eltávolítás**

annak kockázatairól: **vérzés, sebfertőzés, sebgyógyulási zavar, ín-,ér-,ideg sérülés, érzés-, mozgás zavar**

és a helyette alkalmazható gyóymódról, mint: **gyógyszeres kezelés, fizikóterápia**

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóabajvó kezelési eljárás előnyeit illetve hátrányait is.

- A javasolt gyóymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövödményeiről és várható következményeiről szóban döntsek arról, milyen kezelést szeretnék.

Tájékoztatott arról, hogy folyamatosan kész engem állapotomról illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

- Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövödmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot)

kedvezőtlenül befolyásolhatják:....**vérzés, sebfertőzés, sebgyógyulási zavar, ín-,ér-,ideg sérülés, érzés-, mozgás zavar**

3. Tájékoztatást kaptam arról, hogy mely beavatkozásokhoz nem szükséges külön beleegyező nyilatkozatot adnom.

Beleegyezem, hogy a gyógykezelésemhez szükséges általános labor és röntgen vizsgálatokat valamint terápiás beavatkozásokat elvégezzék.

4. A házirendről tájékoztatást kaptam, tudomásul vettem.

5. Tájékoztatást kaptam a személyi azonosító **karszalag** igénylésének lehetőségéről, a betegazonosítás céljáról, működéséről.

6. Hozzájárulok az ápolási beavatkozásokhoz és az ápolással kapcsolatos adatkezeléshez.

7. Tájékoztatást kaptam jogaimról, így különösen arról, hogy milyen feltételek fennállása esetén van jogom az ellátás visszautasítására, illetve a gyógyintézet elhagyására. Ez esetben a kezelésem során visszautasítás kapcsán bekövetkező szövödményekért illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

8. Tájékoztatást kaptam a kezelési tervről, melyet elfogadok, és a kezelésbe való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján, minden kényszertől mentesen adom.

9. Tájékoztatást kaptam a nemdohányzók védelméről szóló 1999. évi XLII. Törvény vonatkozó rendelkezéseiről, mely szerint a Kórház területén, csak a dohányzásra kijelölt helyen szabad dohányozni.

10. Tudomásul veszem, hogy a kórházban sem mobiltelefonnal, sem egyéb rögzítő-eszközzel sem kép, sem hangfelvétel nem készíthető. A felvétel készítése illetve nyilvánosságra hozatala jogi következményeket von maga után.

11. A fenti tájékoztatással kapcsolatban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam.

12. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a.) Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről **teljeskörűen tájékoztassák:**

b.) Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről **korlátozottan tájékoztassák:**

c.) Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről **kérésükre se tájékoztassák:**

Dátum: Mohács, 2018.

.....  
orvos aláírása

.....  
beteg aláírása

Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni, ezért a döntéseket kezelőorvosomra bízom.

Dátum: Mohács, 20 év hó nap

.....  
orvos aláírása

.....  
beteg aláírása

Kiadás:7 Dátum:2014.06.12.

Azon. Beleegy.-01

Beleegyző nyilatkozat "Egynapos sebészet" keretén belül elvégzett műtétekhez kapcsolódó altatást és érzéstelenítési beavatkozásokhoz, az "Egynapos sebészettel" kapcsolatos műtét utáni követelményekről.

Alulírott igazolom, hogy a tervezett műtétemmel kapcsolatos "Egynapos sebészet" keretében elvégzett, az altatással/helyi érzéstelenítéssel kapcsolatos információkat tudomásul vettem, ezzel kapcsolatos kérdéseimre kielégítő válaszokat kaptam.

Tudomásul veszem, hogy:

- Csak akkor távozhatom műtétem napján a kórházból, miután altatóorvos megvizsgált és állapotomat, a műtétet követő legkorábban 6 óra múlva megfelelőnek, biztonságosnak tartja a kórház elhagyásához.
- Amennyiben a műtét kevesebb, mint fél óra hosszú volt 24 órán belül-, amennyiben a műtét hosszabb, mint fél óra 48 órán belül NEM vezethetek járművet, veszélyes munkakörben NEM dolgozhatom.
- A műtétet követő 48 órában sem magánszemélyként, sem jogi személyként jognyilatkozatot nem tehetek.

- Csak akkor távozhatom műtétem napján a kórházból ha otthonomba szállítás biztonságban, személyi kísérettel megoldható.
- Csak akkor távozhatom műtétem napján a kórházból, ha személyi segítség nélkül járóképes vagyok, ételt és folyadékot zavarmentesen tudok fogyasztani.
- Csak akkor távozhatom műtétem napján a kórházból, ha a következő 48 órában bármikor azonnali orvosi segítség hívásra van lehetőség.
- Kezelőorvosom / kezelő osztály telefonos elérhetőségét megkaptam.

- Hazaszállító személy neve:

Dátum:2018.

---

beteg

---  
műtét előtti vizsgálatot végző orvos aláírása

Alulírott nyilatkozom, hogy a Mohács Város Kórháza Egynapos Sebészetén a felvételrendszerének (a kívánt rész aláhúzendó)

MEGFELELNEK,

NEM FELELNEK MEG

- Lakásomban, házamban van:

- o Telefon
- o Fürdőszoba
- o Többszintes ház esetén lift
- Továbbá a következő feltételeknek eleget teszek:
- Az Intézmény a lakóhelyemtől számítva az átlagos forgalmat figyelembe véve személygépkocsival 30 percen belül elérhető (Vidéki beteg kell, hogy rendelkezzen intézmény közeli szállással a műtétet követően).
- Műtét után csak az osztály felügyelő szakorvos engedélyével mehetek haza, helyi érzéstelenítés esetén legalább két óra eltelte után, altatás esetén legalább hat óra eltelte után.
- Hozzá tartozom a fenti időpontok figyelembe vételével pontosan jön értem.
- Tudomásul veszem, hogy a részleg nem tud mentőt rendelni. Műtét után NEM mehetek haza egyedül, csak a már előzőleg kijelölt hozzátartozómmal és csak személygépkocsival. A műtét napján semmilyen járművet nem vezethetek.
- Kommunikációs probléma esetén (pl. idegen nyelvűség) állandó tolmácsot tudok biztosítani.
- Műtét után, otthon 48 órás felügyeletet biztosított (hozzátartozó, rokon stb.)

Legközelebbi hozzátartozóm, akinek információ kiadható:

név:                      lakcím:                      telefon:

Hazaszállításonról gondoskodó személy:

Otthoni felügyeletet vállaló személy:

Nyilatkozom, hogy a Betegtájékoztatót elolvastam, tudomásul vettem, az abban foglaltakat elfogadom, az előírásokat betartom.

Dátum, 2018.

.....  
Beteg aláírása

.....  
orvos aláírása

## "EGYNAPOS SEBÉSZET"

### Beteg elbocsátási vizsgálat

Módosított pontrendszer az érzéstelenítés utáni elbocsáthatóság felmérésére (MPADSS)

#### 1. Vitális jelek:

- 1.1. a változás a műtét előtti érték 20% - án belül - 2
- 1.2. a műtét előtti érték 20 - 40 % - a - 1
- 1.3. a műtét előtti érték 40%-a vagy több - 0

#### 2. Járóképesség:

- 2.1. járóképes, nem szédül - 2
- 2.2. segítséggel járóképes - 1
- 2.3. járásképtelen, szédül - 0

#### 3. Hányinger / hányás:

- 3.1. enyhe - 2
- 3.2. mérsékelt - 1
- 3.3. kifejezett - 0

#### 4. Fájdalom:

- 4.1. enyhe - 2
- 4.2. mérsékelt - 1
- 4.3. erős - 0

#### 5. Sebészi vérzés:

- 5.1. enyhe - 2
- 5.2. mérsékelt - 1
- 5.3. erős - 0

Maximális pontszám: 10

Pont  $\geq$  9: a beteg otthonába bocsátható

Javaslat:

otthonába bocsátható:                      nem bocsátható otthonába

Dátum:2018.

.....  
Beteg aláírása

.....  
sebész aláírása

.....  
hazaszállító személy aláírása

.....  
anaesthesiológus orvos

**Figyelem!**

A műtétet csak kitöltött és aláírt nyilatkozat leadása esetén áll módunkban elvégezni! A műtét napján a megbeszélte időpontban és megbeszélte helyen jelentkezzen a Mohács Város Kórházban.