

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYZÉS R L – Laparosz kópos promontofixáció

Alulírott _____ (név), _____ (lakcím) szám alatti lakos, az alábbi nyilatkozatot teszem:

- Tanúsítom, hogy engem dr _____ az alábbiakról világosított fel: betegségem, mely a kórisme szerint / illetve feltételezhető en (megfelel rész aláhúzendó): _____
- Beleegyzem, hogy rajtam az alábbi **m tétet, beavatkozást** elvégezzék: **Laparosz kópos promontofixáció**
A javasolt gyóymód, mely (magyarul): Szövetbarát háló segítségével a hüvelyfal süllyedést megszüntetjük, anatómiai helyzetet hozunk létre.
Leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szöv dményei: Vérzés, rendellenes erek sérülése, hasi szervek sérülése, hüvely és hólyagsérülés, sebfert zés, lázas állapot, trombózis, vérmérgezés, embólia, bélh dés.
Várható el nyei:
A helyette alkalmazható gyóymódok: Hüvelyplasztikák, Perigee háló.
Esetleges hátrányai: kiújulás, nem teljes anatómiai korrekció.
- Kijelentem, hogy a m tét, beavatkozás, kezelés természetér l és céljáról, a várható el nyökr l és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelez el vigyázatosság ellenére adódó szöv dmények lehet ségér l, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módozatairól **megfelel tájékoztatást kaptam**. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.
- A m tégi beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a m tét alatt szükséghelyzetben adódhatnak, egytértek**.
- Tudomásul veszem, hogy a m tétem, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai – és kórszövettani vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyzem azok esetleges további felhasználásába.
- Beleegyzem, hogy a m tét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetér l fénykép vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.
- Tudomásom van arról, hogy a gyóymintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért **beleegyzem** abba, hogy kezelésemben – felel s személy jelenlétében és annak felügyelete mellett - nemcsak orvosok, hanem **orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók** is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez.
- Tudomásul veszem, hogy az **egészségi állapotom indokolt szakszer ellátás érdekében** m tétet vagy rajtam végzend beavatkozást a vezet f orvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény el írásainak figyelembevételével.
- A kapott tájékoztatást elegendő nek találtam, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha állapotom változása újabb vizsgálatokat, illetve beavatkozásokat tesz szükségessé.

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a m tétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a felel sséget átvállalom, azokat az orvosokat, akikt l a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felel sség alól felmentem. Ebb l ered en velük, illetve az intézménnyel szemben semminem igényt nem támasztok.

dátum

a tájékoztató orvos aláírása a beteg, törvényes képvisel vagy meghatalmazott hozzátartozó aláírása