

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉS R L - TOT, TVT, Perigee háló beültetés

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): _____
- Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **m tétet, beavatkozást** elvégezzék: **TOT, TVT, Perigee háló beültetés a hüvely nyálkahártyája alá, az akaratlan vizeletszökés megakadályozása céljából.**
Javasolt gyógymód, mely (magyarul): Speciális szövetbarát szalag vagy háló beültetése az akaratlan vizeletszökés megakadályozása céljából.
Leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szövdményei: Sebfertés, lázas állapot, mélyvénás trombózis, tüdőembólia, egyéb környező szervek, nagyerek sérülése, bélhártya- és bélcsavarodás, vérmérgezés, idegentest kilökődés, nehézvizelés, vizelési képtelenség, húgyuti gyulladás.
Várható elnyelések: megszüntetés, rövid m tét utáni lábadozás.
Helyette alkalmazható gyógymódok: Ingeráram kezelés, medencefenék erőtorna.
Esetleges hátrányai: Bizonytalan eredményesség.
- Kijelentem, hogy a m tét, beavatkozás, kezelés természetéről és céljáról, a várható elnyelésekről és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelező elvigyázatosság ellenére adódó szövdmények lehetőségéről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módzatairól **megfelel tájékoztatást kaptam.** Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.
- A m tét beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a m tét alatt szükséghelyzetben adódhatnak, egyetértek.**
- Tudomásul veszem, hogy a m tét, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai – és kórszövettani vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további felhasználásába.
- Beleegyezem, hogy a m tét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetéről fénykép vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.
- Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért **beleegyezem** abba, hogy kezelésemben – felelősségem mellett 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 szakszerű ellátás érdekében** m tétet vagy rajtam végzendő beavatkozást a vezető orvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény előírásainak figyelembevételével.
- 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 m tétet, 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 semminem igényt nem támasztok.

dátum

a tájékoztató orvos aláírása

a beteg, törvényes képviselő vagy meghatalmazott hozzátartozó aláírása