

## NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉSRŐL

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

I. Tanúsítom, hogy engem dr. \_\_\_\_\_ az alábbiakról világosított fel: betegségem, mely a kórisme szerint / illetve feltételezhető en (megfelelő rész aláhúzandó):

\_\_\_\_\_ ,  
*mely miatt a húgyhólyag kiiktatása szükséges a vizelet elvezet rendszerből egyidejű vizelet eltereléssel. A vizelet elterelés történhet vékonybélből és/vagy vastagbélből készített póthólyagba:* \_\_\_\_\_

1.  
1. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **m** tétet, beavatkozást elvégezzék:

A. *Continens reservoir képzés, melynek tervezett típusa:*

\_\_\_\_\_

B. *Incontinens reservoir képzés, melynek tervezett típusa:*

\_\_\_\_\_

C. *Percutan nephrostoma (PNS) behelyezés a \_\_\_\_\_ oldalra*

\_\_\_\_\_

D. *Uretero-cutaneostoma képzése:*

\_\_\_\_\_

E. *Egyéb:* \_\_\_\_\_

Javasolt gyógymód, mely (magyarul):

A. *A vizelet tárolására alkalmas, vékony és/vagy vastagbélből kialakított olyan póthólyag, melynek tartalmát katéterrel lehet kiüríteni.*

B. *Olyan póthólyag, melyben a vizelet állandóan a testen kívül elhelyezett tartályba és/vagy tároló zacskóba.*

C. *A \_\_\_\_\_ vese vesevezetékének kiültetése a testfelszínre, mely után a vizelet egy vizeletgyűjtőt tartályba, vagy zacskóba folyik.*

D. *Ultrahang és/vagy röntgen készülék segítségével a \_\_\_\_\_ vese üregrendszerébe a vizelet elvezetésére erre alkalmas dréncövet helyezünk.*

E. *Egyéb:* \_\_\_\_\_

annak leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szövődései, illetve várható elnyelése:

A, B és C: *bélhártya- és bélcsavarodás, sebfertőzés, hányinger, hányás, rossz közérzet, lázas állapot, vérmérgezés, vese-, hashártyagyulladás, tüdőembólia, mélyvénás trombózis keletkezése, tályogképzés és, elhúzódó sebváladékozás, nyirokfolyás, gyomor-nyombélfekély kialakulása, vizeletsipolyképzés a hasüreg-, illetve a külvilág felé, veseelégtelenség, egyéb:* \_\_\_\_\_

D: *Vérzés a veséből és a szúcsatornából, környező hasi szervek, erek sérülése, lázas állapot, vesegyulladás, vérvizelés, vérmérgezéses állapot kialakulása,*

E: *Egyéb:* \_\_\_\_\_

és a helyette alkalmazható gyógymódok és annak esetleges hátrányai:

- \_\_\_\_\_
1. Kijelentem, hogy a **m** tét, beavatkozás, kezelés természetéről és céljáról, a várható elnyelésről és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelező elvigyázatosság ellenére adódó szövődések lehetőségeiről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módjairól **megfelelő tájékoztatást kaptam**. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.
  2. A **m** tét beavatkozása során azon **változtatásokkal, amelyek a **m** tét alatt szükséghelyzetben adódhatnak, egyetértek**.
  3. Tudomásul veszem, hogy a **m** tét, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai – és kórszövet-tani vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további felhasználásába.
  4. Beleegyezem, hogy a **m** tét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetéről fénykép vagy videofelvétel készüljön azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.
  5. Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért **beleegyezem** abba, hogy kezelésemben – felelős személy jelenlétében és annak felügyelete mellett - nemcsak orvosok, hanem **orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók** is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez.

1. 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.
2. A kapott tájékoztatást elegend 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

## I. SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegt 1, vagy illetékes személyt 1 hozzájárulás elnyerése miatti késedelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, úgy ítéljük meg, hogy **SÜRGŐSSÉGI MŰTÉT SZÜKSÉGES**.

\_\_\_\_\_  
dátum

\_\_\_\_\_  
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.

\_\_\_\_\_  
dátum

\_\_\_\_\_  
a beteg törvénye képviselője,  
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása

## III. MŰTÉT, BEAVATKOZÁS MEGTAGADÁSA

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

\_\_\_\_\_  
dátum

\_\_\_\_\_  
a beteg, a törvényes képviselője,  
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása

\_\_\_\_\_  
1. tanú aláírása

\_\_\_\_\_  
2. tanú aláírása