

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYZÉS R L – Laparoscopia

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:

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

1 A javasolt gyógymód, mely (magyarul): A hasfalon keresztül bevezetett kamera és manipulátorok segítségével, a hasfal integritásának megtartása mellett elvégzett m tét.

2 Leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szövődményei: Nagyér, bélsérülés, fektetés okozta izom elhalás, következményes veseelégtelenség, embólia, trombózis, fertőzés, nyílt feltárás szükségessége.

3 Várható elnyei: gyorsabb gyógyulás, kisebb megterhelés.

4 A helyette alkalmazható gyógymódok: Nyílt feltárás.

5 Esetleges hátrányai: Lassabb gyógyulás, a hasfal integritásának megszakítása, nagyobb megterhelés.

1. Kijelentem, hogy a m tét, beavatkozás, kezelés természetéről és céljáról, a várható elnyökről és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelező elvigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módjairól **megfelel tájékoztatást kaptam**. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.
2. A m tégi beavatkozás 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 kórszövettani vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további felhasználásába.
4. Beleegyezem, hogy a m tét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetéről fénykép vagy videofelvétel készüljenek 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 – felelőssé személy jelenlétében és annak felügyelete mellett - nemcsak orvosok, hanem **orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók** is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez.
6. 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.
7. 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 következményeire a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiket 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