

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉSR L

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

1. Tanúsítom, hogy engem dr _____ az alábbiakról világosított fel: **betegségem, mely a kórisme szerint / illetve feltételezhet en (megfelel rész aláhúzendó): húgyhólyagk (kövek).**

1

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

1 *Litholapaxia, Lithotrypsia*, egyéb: _____

2

3 Javasolt gyóymód, mely (magyarul): *húgycsövön keresztül végzett húgyhólyagk eltávolítás, zúzás (ultrahang, elektrohidraulikus, mechanikus módszer) segítségével,*

4

5 annak leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szöv dményei, illetve várható el nyei: *húgycs sz kület, mellékhere-, heregyulladás, a húgyhólyag átfúródása, lázas állapot, vérmérgezéses állapot kialakulása, mélyvénás trombozís, tüd embólia, vérzés, húgycs sérülés, elhúzódó vérvizelés,*

6

7 és a helyette alkalmazható gyóymódok és annak esetleges hátrányai: *a húgyhólyagk (kövek) nyílt m téti eltávolítása, esetenként ESWL (lökéshullámú k zúzás) kezelés alkalmazása.*

8

1. 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.

2. A m téti beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a m tét alatt szükséghelyzetben adódhatnak, egyetértek**.

3. Tudomásul veszem, hogy a m tétem, 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 menetér l fénykép vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhet vé.

5. Tudomásom van arról, hogy a gyóymódban egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért **beleegyezem** 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.

6. Tudomásul veszem, hogy az **egészségi állapotom indokolt szakszer ellátás érdekében** m tétemet vagy rajtam végzend beavatkozást a vezet f orvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény el írásainak figyelembevételével.

7. 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. SÜRG SSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegt l, vagy illetékes személyt l 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 elvégeztem 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
aláírása

a beteg törvénye képvisel ,
vagy a meghatalmazott hozzátartozó

III. MŰTÉT, BEAVATKOZÁS MEGTAGADÁSA

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

dátum

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

1. tanú aláírása

2. tanú aláírása