

## 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 (megfelel rész aláhúzendó): **hímvesz testét roncsoló, görbít elváltozás, a hímvessz daganata**

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

**1** *Penis plasztika, Resectio corporis penis, egyéb:* \_\_\_\_\_

**2**

**3** Javasolt mód, mely (magyarul): *Plasztikai m tét hímvessz n, a hímvessz csonkolása a betegség kiterjedtségét függő mértékben, egyéb beavatkozás:* \_\_\_\_\_

**4**

**5** annak leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szövdményei, illetve várható elnyei: *sebfertőzés, sipoly kialakulása, lázas állapot, tovaterjed gyulladás képződése, szepszis kialakulása, a merevedési képesség elvesztése, közösülési képesség megszűnése, m vi húgycs nyílás készítésének szükségessége, egyéb:*

**6**

**7** és a helyette alkalmazható módok és annak esetleges hátrányai: *sugárkezelés, kemoterápia.*

**8**

1. Kijelentem, hogy a m tét, beavatkozás, kezelés természetéről és céljáról, a várható elnyökről és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelező elvigyázatosság ellenére adódó szövdmények lehetőségéről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módjairól **megfelel 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 szükségesség esetén 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 kezelésben – felelő 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, 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

## I. SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A beteg I, vagy illetékes személyt I 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