

**NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉS R L**  
**Percutan nephrolithotripsia (lapaxia, percutan nephrostoma behelyezés)**

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 aláhúzandó): \_\_\_\_\_
- Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **m tétet, beavatkozást** elvégezzék: **Percutan nephrolithotripsia (lapaxia, percutan nephrostoma behelyezés).**  
A javasolt gyógymód, mely (magyarul): UH és/vagy röntgenkészülék segítségével a vese üregrendszerébe a vizelet elvezetésére alkalmas m anyag csövet helyezünk, illetve ezen a nyíláson át ultrahangos/elektrohidraulikus/ lézeres/mechanikus módszerrel a követ összezúzzuk és eltávolítjuk.  
Leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szöv dményei: Sebfert zés, lázas állapot, m téti vérzés, elhúzódoó sebvádadókozás, nyirok- vagy vizeletszivárgás, mélyvénás trombózis, tüd embólia, egyéb környez szervek, nagyerek sérülése, bélh dés, bélcsavarodás, húgyuti gyulladás, vérmérgezés.  
Várható el nyei: A vesek eltávolítása, a vizeletürülés biztosítása.  
Helyette alkalmazható gyógymódok: ESWL, nyílt m tét, Dupla J katéter felhelyezése, URS.  
Hátrányai: A vese károsodása, láz, vérmérgezés, kés bb magasvérnyomás, bizonytalan eredményesség.
- 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.
- A m téti beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a m tét alatt szükséghelyzetben adódhatnak, egyetértek.**
- 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.
- Beleegyezem, hogy a m tét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetér l 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 – 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.
- 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.
- 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