

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYZÉS R L
Transuretrális prostataresectio (TURP), vagy incisio (TUIP), Transvesicalis adenomectomia

Alulírott #!NEV;, #!BIRSZAM; #!BVAROS;, #!BUTCA; szám alatti lakos, az alábbi nyilatkozatot teszem:

1. Tanúsítom, hogy engem dr _____ az alábbiakról világosított fel.
2. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **m tétet, beavatkozást** elvégezzék: **Transuretrális prostataresectio (TURP), vagy incisio (TUIP), Transvesicalis adenomectomia.**
Javasolt gyógymód, mely (magyarul): Húgycsővön át végzett d lmirigy m tét, húgycsővön át végzett hólyagnyaki bemetszés, hólyagon át végzett d lmirigy eltávolítás nyílt m téttel.
Leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szöv dményei: Húgycs sz kület, mellékhere gyulladás, heregyulladás, húgyhólyag sérülése, -átfürödása, lázas állapot, húgyuti gyulladás, vérmérgezés, trombózis, embólia, vérzés, húgycs sérülés, elhúzódoó vérvizelés, vizelettartási zavar, nemz képeesség elvesztése, égési sebek (kóboráramtól), vizelési képtelenség, szív- és keringési zavar a m tét során alkalmazott folyadék felszívódása következtében.
Várható el nyei: Nehézvizelés mérsékl dése, vizeletsugár er södése, visszamaradt vizeletmennyiség csökkenése, gyakori vizelés számának csökkenése.
Helyette alkalmazható gyógymódok: Állandó katéter viselése, gyógyszeres kezelés, alternatív kezelés (h kezelés, termoterápia).
Hátrányai: Csak átmeneti és részleges eredményesség.
3. 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 adódo 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.
4. A m tégi beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a m tét alatt szükséghelyzetben adódhatnak, egyetértek.**
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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: #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

_____ a tájékoztató orvos aláírása

_____ a beteg, törvényes képvisel vagy

meghatalmazott hozzátartozó aláírása