

**NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉS R L**

**Ureterorenoskopia (URS), Ureterorenoskopos k eltávolítás, Dormiakosaras k eltávolítás, Dupla J ketéter felhelyezés.**

Alulírott #!INEV;, #!BIRSZAM; #!BVAROS;, #!BUTCA; 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):**

1. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi m tétet, beavatkozást elvégezzék: **Ureterorenoskopia (URS), Ureterorenoskopos k eltávolítás, Dormiakosaras k eltávolítás, Dupla J ketéter felhelyezés.**

A javasolt gyógymód, mely (magyarul): A vesevezetékbe vezetett hidegfény eszköz segítségével történ vizsgálat, k eltávolítás, speciális fém, m anyagkosár segítségével, szükség esetén a k zúzása (különböz energiákkal), a vesevezeték átjárhatóságának biztosítása kett s J katéter segítségével.

Leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szöv dményei: Sebfert zés, lázas állapot, mélyvénás trombózis, tüd embólia, egyéb környez szervek, nagyerek sérülése, bélh dés, bélcsavarodás, vérmérgezés, húgyuti gyulladás, vese- illetve vesevezeték, húgycs sérülése, vérzés, húgyuti sz kület kialakulása.

Várható el nyei: K mentesítés, nyílt m tét elkerülése.

Helyette alkalmazható gyógymódok: ESWL kezelés, nyílt m tét, PNS, PCNL.

Esetleges hátrányai: Nem teljes k mentesség, elhúzódó m tét utáni lábadozás, nyílt vizelet elterelés, a vese károsodása, láz, vérmérgezés, kés bbiekben magas vérnyomás.

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 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.

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

5. 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.

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 tétemet 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