

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉS R L

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 en (megfelel rész aláhúzandó): **húgycs szűkület (Stricture urethrae)**

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

1 Urethrotomia interna (optikus et/seu OTIS)

2

3Javasolt gyógymód, mely (magyarul): *bels húgycs metszés szem ellen rzése mellett illetve OTIS operációs eszköz alkalmazásával*, egyéb: _____

4

5annak leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szöv dményei, illetve várható el nyei: *húgycs sérülés, húgycs sz kület kialakulása, mellékhere-, heregyulladás, lázas állapot, vérmérgezéses állapot kialakulása, húgyhólyag-sérülés, vérvizelés*, egyéb: _____

6

7és a helyette alkalmazható gyógymódok és annak esetleges hátrányai: *nyílt m téttel végzett húgycs plasztikai beavatkozás, m vi húgycs nyílás képzése, vizelet elterelés a húgyhólyagba nyílt m téttel vagy ultrahang-célzással behelyezett cs segítségével*, egyéb: _____

8

9

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 módzatairól **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 tét, 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 felismerhetővé.

5. 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.

6. 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.

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. SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegt 1, vagy illetékes személyt 1 hozzájárulás elnyerése miatti késedelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, úgy ítéljük meg, hogy **SÜRGŐSSÉGI M TÉT 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. M TÉT, BEAVATKOZÁS MEGTAGADÁSA

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

dátum

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

1. tanú aláírása

2. tanú aláírása