

# NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉS R L – Vesefeltárás nem daganatos megbetegedés miatt

Alulírott \_\_\_\_\_ (név). \_\_\_\_\_ (lakcím) szám alatti lakos, az alábbi nyilatkozatot teszem:

Tanúsítom, hogy engem dr \_\_\_\_\_ az alábbiakról világosított fel: betegségem, mely a kórisme szerint / illetve feltételezhetően: A vese sérülése, a vese jóindulatú daganata, zsákvese, vesegyulladásos megbetegedése, vesecysta, vesevezeték,- vesemedence határ sz külete

1. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **m tétet, beavatkozást** elvégezzék: **Vese feltárás, nephrectomia, polusresectio, decapsulatio, Anderson-Hynesplasztika, pyeloureterális resectio, vesecystafal resectio, egyéb:** \_\_\_\_\_

A javasolt gyógymód, mely (magyarul): A vese eltávolítása, részleges vese eltávolítás, a vese tokjának eltávolítása, a vesemedence és vesevezeték határ sz kületének megoldása, vesecysta eltávolítása.

Leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szöv dményei: Sebfert zés, lázas állapot, m tégi vérzés, elhúzódo sebváladékozás, nyirokfolyás, mélyvénás trombózis, tüd embólia, egyéb környez szervek-, nagyerek sérülése, bélh dés, bélcsavarodás, vérmérgezéses állapot kialakulása.

Várható el nyei: A gyulladásos folyamat megsz nése (vesegyulladás). További vérvesztés megakadályozása (sérülések). A környez szervek nyomásának megszüntetése (cysta, jóindulatú daganat). A vese funkciójának meg rzése (P.U határsz kület.).

A helyette alkalmazható gyógymódok: Gyógyszeres kezelés, vizelet elterelés.

Esetleges hátrányai: A vese károsodása, láz, vérmérgezés, kés bb magas vérnyomás, veseelégtelenség.

2. 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.

3. A m tégi beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a m tét alatt szükséghelyzetben adódhatnak, egyetértek**.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. 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