



ÁLTALÁNOS MŰTÉTI BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

1. Beteg neve: Születési dátum
Lakcíme: Anyja neve:
2. Tájékoztató orvos neve (munkaköre):
3. A betegség megnevezése, fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):
4. A javasolt kezelési lehetőség:
5. Egyéb kezelési lehetőségek: nem műtéti gyógymódok (gyógyszerek, torna, fürdő, elektromos kezelés):
6. Kockázatok, szövődmények:
Fertőzés, ideg-, ín-, érsérülés, vérrögösödés (trombózis), leszakadt vérrög tüdőérbe történő beékelődése.

Az egészségi állapotomról, a javasolt vizsgálatok/beavatkozások elvégzésének természetéről, időpontjáról, ezek elmaradásának lehetséges előnyeiről/kockázatairól, a kezeléssel kapcsolatos döntési jogaimról, az alternatív eljárásokról, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a jelentős mellékhatásokról/szövődményekről/lehetséges következményeiről, a további ellátásokról, valamint a javasolt életmódról részletes tájékoztatást kaptam.

Lehetőséget kaptam kérdések feltevésére, mely lehetőséggel **éltem/nem éltem** (a megfelelő rész aláhúzendó).

Valamennyi kérdésemre választ kaptam, a felvilágosítást megértettem.

A szóbeli tájékoztatáson kívül írásos ismeretterjesztő anyagot **kaptam/nem kaptam** (a megfelelő rész aláhúzendó).

Kijelentem, hogy a tájékoztatást megértettem, a betegségem kezelése érdekében a szükséges beavatkozás mellett és ellene szóló érvek és a lehetséges kockázatok mérlegelésével a **tájékoztató alapján a oldali műtét elvégzését kérem!**

Beleegyezem a beavatkozás azon változásaiába is, amelyek az az alatti sürgősségi helyzetben adódhatnak.



GRÓF TISZA ISTVÁN KÓRHÁZ
4100 Berettyóújfalú, Orbán B. tér 1.; 4101 Pf.: 73
Tel: 54/507-513 Fax: 54/402-209
OM – Traumatológia részleg
Osztályvezető: Dr. Sass Imre János



FB0314025

Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a beavatkozást a szervezeti egység vezetője vagy a megbízottja által kijelölt orvos, illetve orvoscsoporthoz végzi el.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, amelyek a várható gyógyeredményt, gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően informálni.

Berettyóújfalú,

.....
kezelőorvos

.....
beteg vagy törvényes képviselője

***Tájékoztatásról való lemondás:**

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig a gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért döntésemet kezelőorvosaimra bízom.

Berettyóújfalú,

.....
kezelőorvos

.....
beteg vagy törvényes képviselője

.....
tanú

.....
tanú

***Beavatkozás (műtét) visszautasítása:**

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelésekből bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során, a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akik által végzendő kezeléseket nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Berettyóújfalú,

.....
kezelőorvos

.....
beteg vagy törvényes képviselője

***A beteg akaratnyilvánításra képtelen állapotban van és törvényes képviselője nincs jelen.**

.....
ideg- vagy elmeorvos szakorvos, pecsét

***A nyilatkozaton a kitöltésre nem kerülő rész áthúzendő!**