

GRÓF TISZA ISTVÁN KÓRHÁZ
ENDOSCOPOS LABORATÓRIUM

FB0313126

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

- Gastroscopia + biopsia (Gyomortükrözés + szövettani mintavétel) idegentest eltávolítás
- Colonoscopia + biopsia (Vastagbéltükrözés + szövettani mintavétel)
- Polypectomia (Polyp eltávolítás) gastroscopia vagy colonoscopia során
- Varix-sclerotizálás (Nyelőcsőviszerek injectiós kezelése)
- PEG
- Nyelőcsőtágítás
- Plasma kezelés HPU kezelés
- ERCP (kontrasztanyag + sugár)
- EST + (Epeúttágítás + stent behelyezés) (kontrasztanyag + sugár)
- Nyelőcsőtágítás – Achalasia tágítás + stent behelyezés (kontrasztanyag + sugár)

Alulírott..... (név)(szül.idő) - tanúsítom, hogy engem Dr. kellő mértékben felvilágosított a tervezett vizsgálat szükségességéről, annak kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről

- bélátfűródás,
- nyelőcső - gyomor átfűródás,
- környező szervekre ráterjedő gyulladás kialakulásának veszélye,
- vérzésveszély,
- kontrasztanyag iránti túlérzékenység,
- sugár terhelés,
- nem kívánatos kísérő betegségek (puffadás, teltségérzés, feszítő érzés)

várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen kezelést szeretnék.

* Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják.

· Tudomásul veszem, hogy jogom van a feljánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

· A kezelésbe, (műtétbe, stb.) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék:

· Gyógyszerérzékenység:

· A fentiek értelmében jogi és anyagi követelményeket a vizsgálatot végző orvossal, illetve a kórházzal szemben nem támasztok.

Kelt: Berettyóújfalu, 20.....

A vizsgálatot, a beavatkozást végző orvos aláírása:

A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása:

A beteg TAJ száma:.....