

## INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Alulírott ..... (név) ..... (szül. idő)  
kijelentem, hogy dr. .... (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat  
(..... név, ..... szül. idő, .....  
rokonsági fok) az alábbi betegségről, műtéti kezeléséről, invazív beavatkozásról a következők szerint kellő  
mértékben és módon tájékoztattott.

### A NYELŐCSŐ-GYOMOR-NYOMBÉL TÜKRÖZÉSES VIZSGÁLATA (OESOPHAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA)

#### 1. A vizsgálat célja:

- A nyelőcső, gyomor és nyombél rendellenességeinek (vérzés, fekély, daganat, egyéb elváltozás) felismerése.
- Szövetteni mintavétel a kórosnak ítélt területből.
- Bizonyos gyógyító beavatkozások elvégzése (vérzéscsillapítás, idegentest eltávolítás, polypektómia, stb.).
- Fokozott veszélyeztetettség esetén rendszeres ellenőrzés a rosszindulatú elfajulás időben történő felismerése céljából.

#### 2. A vizsgálat menete, technikája:

##### *A vizsgálat előkészítése:*

- a vizsgálat előfeltétele a beteg részletes szóbeli felvilágosítását, valamint a beteg tájékoztató és beleegyező nyilatkozat elolvasását követően a beteg írásbeli beleegyezése;
- a vizsgálatot éhgyomorra, a garat helyi érzéstelenítésével végezzük;
- szükség esetén a beteg a vizsgálat előtt és alatt nyugtató, illetve fájdalomcsillapító injekciót kaphat
- kérjük, sorolja föl gyógyszereit (különös jelentősége van a véralvadást befolyásoló gyógyszereknek!), az esetleges gyógyszerallergiáját.

##### *A vizsgálat menete:*

- egy hajlékony optikai műszer kerül levezetésre szájon át a nyelőcsövön, gyomron keresztül a nyombél felé;
- a vizsgálat ideje kb. 15 perc.

##### *A vizsgálat után:*

- ha a beteg nyugtató injekciót kapott, aznap járművet nem vezethet (a beteg hazaszállítását kísérője gépkocsival biztosítja);
- a garatérzéstelenítés miatt a vizsgálat után 1 óráig nem étezhet;
- ha görcs, hányás vagy fekete széklet jelentkezik, jelezze a vizsgálatot végző orvosnak vagy az asszisztensnek személyesen vagy telefonon.

#### 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:

- Az érzéstelenítőszer vagy nyugtató injekció iránti túlérzékenység.
- A szövettani mintavétel vagy polyp-eltávolítással kapcsolatos vérzés, ritkán bélátfűródás.
- Szövődmény miatt 10.000 vizsgálat közül átlagosan 1 esetben sürgős műtét válhat indokolttá.

#### 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:

#### 5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:

Folytatás a túloldalon!

## 6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

## 7. Egyénre szabott betegtájékoztató:

### INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék és válasszak a megismert kezelések közül.

Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezeléseim során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezeléseim elutasítására. Ez esetben a kezeléseim során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyezem és kérem \**

*nem egyezem bele és nem kérem \**

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyező nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyező nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

.....  
orvos aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

\*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.