



INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

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

HYDROKELE (HEREVÍZSÉRV) MŰTÉT

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Hydrokele (herevízsérv) műtét.
- A beavatkozás célja:** A herevízsérv okozta panaszok megszüntetése.
- A beavatkozás menete, technikája:**
A herezacskó és hereburok megnyitását követően a folyadékot termelő hereburkot eltávolítjuk vagy a here mögött kifordítva fixáljuk, így az ismételt folyadékgyülem kialakulását megakadályozzuk.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Vérzés, elhúzódó sebgyógyulás, pl. sebgennyedés, mélyvénás thrombosis, embolia. Nagyon ritkán súlyos vérzés, vérmérgezés, mely halálos szövődményt okozhat. Ritkán egyéb súlyos állapotokat előidéző szövődmények kialakulhatnak. Műtőben történő egyéb balesetek előfordulhatnak.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:**
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:**
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!



INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek 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 beleegyző nyilatkozat az F-B-04. „Általános beleegyző nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
.....

.....
.....
..... orvos aláírása
aláírása

..... beteg vagy törvényes képviselő

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