

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.

EMLŐMŰTÉTEK

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** jóindulatú emlőelváltozás eltávolítása, ismeretlen szövettani jellegű emlőelváltozás jelölt és jelölés nélküli eltávolítása, rosszindulatú emlőbetegség miatt végzett részleges, vagy teljes emlőeltávolítás, hónalji nyirokcsomó izotóp jelölt mintavétele, hónalji nyirokcsomó eltávolítás.
- A beavatkozás célja:** emlőelváltozás műtéti eltávolítása, illetve a hónalji nyirokcsomók esetleges érintettségének kimutatása.
- A beavatkozás menete, technikája:** nyílt műtét.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** vérzés, érsérülés, sebgyógyulási zavar, gennyedés, hónalji, ill. felső végtagi nyirokpangás, sipoly, mélyvénás thrombosis, tüdőembolia, idegsérülés vérzés miatt esetleg transfúzió illetve vérzés, gennyedés miatt újabb operáció lehetséges, majd hosszantartó kötözés, sebkezelés. Esztétikailag előfordul pl. bimbók elhúzódása, méretkülönbség az emlők között, amely később plasztikai beavatkozást, seb korrekciót igényelhet. Bimbók érzészavara, érzéketlensége vagy túlérzékenysége. Átmenetileg felső végtagi érzészavar, bénulás. Légzési és keringési elégtelenség.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** a malignus folyamat generalizálódás.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** cysta esetleges leszívása, onkológiai gyógyszeres kezelés.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ 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 kényszertől 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.