

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.

LÉP ELTÁVOLÍTÁSA

- 1. A beavatkozás célja:** lép eltávolítása.
- 2. A beavatkozás célja:** haematológiai alapbetegség miatt szükséges, vagy traumás vérzés megállítása, esetenként lép daganatos áttéte miatt szükséges az eltávolítás.
- 3. A beavatkozás menete, technikája:** nyílt hasi műtét vagy laparoscopos.
- 4. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** vérzés, gyomor és hasnyálmirigy sérülés, hasnyálmirigy gyulladás, sipolyképződés, rekeszsérülés, bélsérülés, érsérülés, hasüregi tályog, sebgyógyulási zavar, hasfali sérv kialakulás, bélelzáródás, mélyvénás thrombosis, tüdőembolia, hashártyagyulladás, lépeltávolítással kapcsolatos bakteriális infekciók, tüdőgyulladás, agyhártyagyulladás, légzési és keringési elégtelenség, sepsis, halál.
- 5. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** alapbetegség progressziója, életet veszélyeztető vérzés.
- 6. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** gyógyszeres kezelés - trauma esetén nincs (esetenként lépmegtartó műtét, lép autotransplantatio).
- 7. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 8. 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.