



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:

FEJ-NYAK BŐRÉN ÉS EGYÉB LÁGYRÉSZEN VÉGZETT MŰTÉT

1. **Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:**
2. **A beavatkozás célja:** A fej-nyak területén bőr-, illetve lágyrész műtétet végzünk plasztikai célból, ill. daganatmegelőző állapotok, jó- és rosszindulatú daganat eltávolítására.
3. **A beavatkozás menete, technikája:** A műtét helyi érzéstelenítésben vagy altatásban történik. Az érintett terület bőrén, az elváltozás körül metszést ejtünk, szükség esetén segédmetszéssel kiegészítve korrekció céljából. Az elváltozás méretétől függően a sebet varratokkal zárjuk. A varratokat kb. egy hét múlva távolítjuk el.
4. **A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Idegsérülés, lágyrész sérülés, helyi vagy kiterjedt fertőzés, vérzés, nem megfelelő kozmetikai eredmény, kóros hegképződés, helyi vagy általános gyulladás, általános szövődmények.
Műtéti következmények: Helyi duzzanat, fájdalom, szájnityási vagy egyéb mozgáskorlátozottság.
5. **Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Daganatos elváltozások esetén, amennyiben azokat nem távolítjuk el, számítani lehet az elváltozás növekedésére, vérzésre, áttétképződésre.
6. **Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Jóindulatú elváltozások esetén érdemi alternatív kezelési lehetőség nincs. Rosszindulatú elváltozások esetén sugárkezelés, kemoterápia szóba jöhet onkológussal történő egyeztetés alapján. Nem daganatos elváltozások esetén megoldást az eltávolítás jelent.
7. **Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

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 kezelése során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezelése 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.