



INVAZÍV BEAVATKOZÁS HÚGYCSŐNYÍLÁS RENDELLENES ELHELYEZKEDÉSE (HYPOSPADIASIS) (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 tájékoztattott:

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:**
- A beavatkozás célja:**
A rendellenesen elhelyezkedő húgycsőnyílás élettani helyzetbe helyezése.
- A beavatkozás menete, technikája:**
Altatás, fertőtlenítés, pénisz feltárása, fitymából húgycsőpótlás, varratok elhelyezése, katéter behelyezése.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:**
Vérzés, fertőzés, sipoly kialakulása, tályog kialakulása.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:**
Folyamatos vizelet és hólyagfertőzés, gyermeknemzés esélyének csökkenése, megszűnése. Pszichés zavarok kialakulása.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:**
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYZŐ 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 kezeléseket 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 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

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A

megfelelő

válasz

egyértelműen

(aláhúzás,

bekarikázás)

jelölendő.