

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott ..... (név)  
.....(szül. idő) tanúsítom, hogy engem Dr.  
..... kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségről, mely kórisme szerint (magyarul): orrlégzési zavar, alsó orrkagyló nyálkahártya túltengés.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): alsó orrkagylók nyálkahártyájának műtéti megkisebbitése. (mucotomia)

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- |  |   |
|--|---|
| - Vérzés.                                    | - Sepsis.                               |
| - Fertőzés.                                  | - Tampon sepsis.                        |
| - Sebgyógyulási zavar                        | - Szemkörüli vérömleny.                 |
| - Szaglászavar.                              | - Orrüregi nyálkahártya<br>összenövése. |
| - Műtétet követően fellépő<br>orrpörkösödés. | - Gyógyszer-túlérzékenység.             |
|  | - Alapbetegség kiújulása                |

És a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint.....orrcsepp /  
orrspray....., azok kockázatairól és következményeiről. Ismertette az ajánlott és más  
szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható  
következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő  
állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, hogy milyen kezelést szeretnék.  
Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve  
annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

Hozzájárulok, hogy hozzátartozóimat betegségről teljes körűen tájékoztassák.  
A tájékoztató megértése után úgy határoztam, hogy a javasolt kezelésbe beleegyezem.

Kérem, hogy a „alsó orrkagyló nyálkahártya műtéti megkisebbités” műtétet végezzék el.

Szombathely, .....

.....  
orvos aláírása

.....  
a beteg vagy törvényes  
képviselőjének aláírása