

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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

1. A betegségemről, mely kórisme szerint (magyarul): csecsnyúlvány gyulladása.
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): csecsnyúlvány sejtrendszerének kitakarítása (mastoidectomia)

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- Fülfolyás.
- Vértetés.
- Fertőzés.
- Sebgyógyulási zavar, torzító fülkagyló mögötti heg.
- Hallócsontlángolat sérülése, halláscsökkenés, sükettség.
- Gyógyszertúlérzékenység.
- Rágóizület sérülés / rágáskor jelentkező fájdalom.
- Koponyaűri nagyvéna sérülés, koponyaűri vérzés, agyvízcsorgás
- Agyhártya-,agyvelőgyulladás.
- Egyensúlyozó-rendszer sérülése.
- Szédülés, hányinger, hányás
- Arcizom gyengeség / arcideg bénulás.
- Nyelv zsibbadás, ízérzés zavar.
- Fülzúgás.
- Hallójárat-sérülés, hallójáratgyulladás.
- Halláskiesés / maradandó sükettség.
- Az operált fül környéki bőr érzéketlensége.
- Homlokráncolási, szemhéjzárási nehézség, mimikai izmok használatának nehézsége, száj mozgásakor az érintett oldali szájzug mozgásában elmarad.
- Ismételt fülműtét szükségessége

És a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint: gyógyszeres kezelés , 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 betegségemről teljes körűen tájékoztassák.

A tájékoztató megértése után úgy határoztam, hogy a javasolt kezelésbe beleegyezem.

A felvilágosításokat megértettem, minden további felvilágosításról lemondok.

Kérem, hogy a „csecsnyúlvány sejtrendszerének kitakarítása (mastoidectomia)” végezzék el.

Szombathely, .....

.....  
orvos aláírása

.....  
a beteg vagy törvényes  
képviselőjének aláírása