

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.

MEDIASTINOSCOPIA

- 1. A beavatkozás (vizsgálat) célja:** Daganat, térfoglaló folyamat előrehaladottságának meghatározása, kórismézése.
- 2. A beavatkozás menete, technikája:** Altatásban a szegycsont felső széle mentén ejtett bőrmetszésből a légső mellett lepreparálva, annak jobb vagy bal oldaláról vagy a főhörgő oszlásból mintát veszünk.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Nagyon kis százalékban vérzés, gennyedés, szívritmus zavar, thrombembolias szövődmények, keringési és légzési panaszok. Általában szövődmény lehet vérzés, keringési, légzési, anyagcserezavar, thromboembolia, idegrendszeri szövődmény (bénulás, látászavar...), szemhéjzáródási rendellenesség, sebgyógyulási zavar, kis százalékban akár halálos kimenetel, hangszalagbénulás, és légcsőkanül. Tartós drain viselés.
- 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Diagnózis hiánya, megfelelő kezelés elmaradása.
- 5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Hörgőtükrözés során a hörgő felől nyirokcsomó mintavétel, mely nem minden esetben ad megbízható diagnózist.
- 6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 7. Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

Mellkassebészeti Osztály

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. Ez alapján a tájékoztatás teljes körűnek tekintem.

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 kezelése 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 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.