

## 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.

### NYELŐCSŐ KIIRTÁS ÉS PÓTLÁS

- 1. A beavatkozás célja:** A daganatos nyelvőcső eltávolítása és a nyelvés helyreállítása.
- 2. A beavatkozás menete, technikája:** Mellkasi műtéttel kiirtjuk a daganatos nyelvőcsövet, majd hasi műtéttel a gyomorból, vagy a vastagbélből pótlásra alkalmas csövet készítünk és ezt a nyakra a szegycsont mögött felhúzással nyaki műtéttel összekötjük a nyelvőcső garat felőli csomójával. Műtét után minimum 10 napi koplalás, ezen idő alatt mesterséges bélsípolyon át infúzióval tápláljuk.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Életveszélyes vérzés, gennyedések, nyálsípoly, trombózis, embólia, szívelégtelenség, légzési elégtelenség, keringési elégtelenség, anyagcserezavar, thromboembolia, hangszalagbénulás, szemhéjzáródási rendellenesség, nyelvéptelenség, kis százalékban akár halálos kimenetel, idegrendszeri szövődmény (bénulás, látászavar...). Tartós drain viselés. Szövődményarány kb. 25%, halálos kockázat kb. 5%.
- 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A daganat elhatalmasodása, áttétképződés, nyelvéptelenség, leromlás.
- 5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Kemo-radioterápia.
- 6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 7. Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

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. 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.