

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (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 tájékoztatott:

PAJZSMIRIGY-MŰTÉTEK

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** pajzsmirigy göb eltávolítás, részleges vagy teljes pajzsmirigy eltávolítás.
- A beavatkozás célja:** a pajzsmirigy azon részeinek eltávolítása, amely az alapbetegséget okozhatja.
- A beavatkozás menete, technikája:** nyílt nyaki műtét, szükséges esetben mellkas vagy szegycsont megnyitása.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** hangszalag-idegsérülés, illetve hangszalagbénulás, rekedtség, sebgyógyulási zavar, gennyedés, sipoly, mélyvénás thrombosis (MVT), tüdőembólia (TE), légzési- és keringési elégtelenség (LKE), légcsősérülés vagy malatia, átmeneti vagy végleges tracheostoma (légcső kanül), mellékpajzsmirigyek eltávolítása, következményes endokrin zavarokkal (hormonzavar). Tartós drain viselés.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** endokrin zavarok, légcső, nyelőcső kompresszió, malignus esetben a folyamat generalizálódása.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** gyógyszerek, onkológiai kezelés.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 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 tájékoztatót 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 kezeléseim során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések 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 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.