



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS ÉRZÉSTELÉNÍTÉS

AITO-1//1

|                           |                                                                                                                                                            |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A beteg neve:             | A betegség/sérülés megnevezése:                                                                                                                            |
| A beteg születési dátuma: | • magyarul:                                                                                                                                                |
| A beteg lakcíme:          | • latinul:                                                                                                                                                 |
| A beteg TAJ-száma:        | A beavatkozás neve: Általános érzéstelenítés (altatás)<br>Általános anesztézia, altatásos érzéstelenítés, Intubáció, LMA ,<br>Arcmaszk légút-biztosítással |
|                           | A beavatkozás oldala: jobb <input type="checkbox"/> bal <input type="checkbox"/>                                                                           |

### Kedves Betegünk (Törvényes képviselő / Meghatalmazott / Támogató)!

A beavatkozás, amelyet tervezünk invazív jellegű, melyhez az Ön beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt tájékoztatjuk a betegségéről/sérüléséről, a beavatkozás javasolt módjáról, alternatíváiról, következményeiről, ezek jövőbeli életmódjára kiható hatásairól, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, illetve a kezelés lehetséges korai és késői szövődményeiről.

- 1./ **Cselekvőképtelen**, vagy az egészségügyi jognyilatkozat-tételi ügycsoportban cselekvő-képességében részlegesen korlátozott, vagy az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatóval rendelkező személy esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai /kérjük a bírói végzés csatolását/:

Név:..... Születési idő:.....

Anyja neve:..... Lakcíme .....

- 2./ **Meghatalmazás** esetén a nyilatkozattevő személy adatai és rokonsági foka (meghatalmazás esetén kérjük a közokiratba, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt meghatalmazás csatolását):

Név:..... Születési idő:.....

Anyja neve:..... Rokonsági foka:.....

Lakcíme:.....

- 3./ **Meghatalmazás hiányában**, a beteg cselekvőképtelensége miatt a nyilatkozattevő személy adatai és rokonsági foka (név, születési idő, anyja neve,

Név:..... Születési idő:.....

Anyja neve:..... Rokonsági foka:.....

Lakcíme:.....

#### Meghatalmazás hiányában a nyilatkozattevő személy:

a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában

b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes

ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában,bb) gyermeke, ennek hiányában, bc) szülője, ennek hiányában, bd) testvére, ennek hiányában, be) unokája

c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes

ca) gyermeke, ennek hiányában, cb) szülője, ennek hiányában, cc) testvére, ennek hiányában, cd) nagyszülője, ennek hiányában, ce) unokája



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS ÉRZÉSTELÉNÍTÉS

AITO-1//1

### ☞ A betegség/sérülés megnevezése:

Panaszai, klinikai állapota és az eddig elvégzett vizsgálatok alapján Önnél (gyermekénél, gondozottjánál) olyan betegséget állapítottunk meg, melyhez műtéti beavatkozás szükséges. A műtét nem végezhető el érzéstelenítés nélkül illetve helyi érzéstelenítéssel, ezért a műtét fájdalommentes és biztonságos lebonyolításához az érzéstelenítési technikák közül általános érzéstelenítést, azaz altatást szükséges végezni. A betegség részleteiről az operációt végző orvos fogja Önt részletesen tájékoztatni. Önnek joga van a műtéti érzéstelenítéshez, a műtétes beavatkozások során a fájdalmak és kellemetlenségek csökkentéséhez, a kellő műtét utáni fájdalomcsillapításhoz.

### ☞ A tervezett beavatkozás:

Önnél a lehetséges érzéstelenítési technikák közül az általános érzéstelenítést, altatást tervezünk biztosítani.

### ☞ A tervezett érzéstelenítési eljárás:

#### 1. Általános megjegyzések:

A beleegyezés megtörténtének tényét a beavatkozást végző orvos beavatkozás előtt ellenőrzi, és hiányában a jelen műtétet nem áll módunkban elvégezni.

#### 2. A tervezett beavatkozás folyamata:

A regionális anesztézia a beteg számára kisebb terhelést, hatékonyabb és tartósabb fájdalomcsillapítást jelent, mint az általános érzéstelenítés (altatás), bizonyos esetekben, egyes műtét típusoknál az általános érzéstelenítés alkalmazása elkerülhetetlen. Önnek az előkészítő gyógyszerelést követően az infúziós kanulón olyan gyógyszereket adunk, mely hatására öntudatlan állapotba kerül, elaszik. A gyógyszerek hatása alatt a tervezett beavatkozást el tudják végezni és nem érez fájdalmat. A gyógyszerek szervezetből való kiürülése után ébred fel.

### ☞ A beavatkozás rajzos kiegészítéssel:

#### ☞ Az ellátás/műtét műtéti alternatívája, annak előnye/hátránya:

- Bizonyos műtétek (koponya, száj, garat, mellkas, hasi betegségek operatív megoldása) nem kivitelezhető más érzéstelenítési eljárással csak altatással. Amennyiben ehhez nem járul hozzá a tervezett beavatkozást nem tudják Önnél elvégezni, és betegsége sebészileg nem gyógyítható.



Az Ön esetében választott érzéstelenítési eljárás: .....

### ☞ A beavatkozás részletes leírása:

#### 1. A műtéti érzéstelenítés előkészítése:

**Műtét előtti altató orvosi kivizsgálás:** A vizsgálat célja a műtetre kerülő betegek előkészítése, a műtéti és anesztéziai rizikó becslése és csökkentése, a megfelelő érzéstelenítés kiválasztása. Ehhez szükségesek a laboratóriumi, képalkotó vizsgálatok, és különböző társszakmák szakvizsgálatai is, melyek eredményei már rendelkezésre állnak, vagy amelyekre a preoperatív ambulancia orvosai javaslatot tehetnek.

**Műtét előtti este teendői:** amennyiben a sebész orvos másképpen nem rendel, Öntől azt kérjük, hogy este 20 óra után már ne egyen semmit, illetve 22 óra után már folyadékot se fogyasszon. Az ápolóknak jelzett külön gyógyszereket vegye be, melyeket önnek mi rendelünk el.

**Premedikáció:** A műtét előtt 30-40 perccel nyugtató, feszültségoldó injekciót (gyermekeknél szirupot, orrcseppet vagy kúpot), vagy tablettát alkalmazunk, valamint infúziós kezelést kezdünk.



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS ÉRZÉSTELENÍTÉS

AITO-1//1

A **műtőbe érkezéskor** azonosítjuk a dokumentumok alapján Önt, majd felhelyezésre kerülnek a mérőműszerek, melyek segítségével folyamatosan megfigyeljük az élettani funkciókat. szükség esetén további perifériás vagy centrális vénakanült, artériás kanült vezetünk fel. Élettani paramétereit az altatásnál szokásos módon monitorozzuk. Kombinált érzéstelenítés esetén epiduralis vagy perifériás idegblokádot végzünk.

### 2. A műtéti érzéstelenítés bevezetése és az érzéstelenítés fenntartása:

A **műtéti érzéstelenítés bevezetése és az altatás fenntartása** történhet párolgó altatószerek belélegeztetésével, vagy intravénásan adott gyógyszerek segítségével.

A **teljes intravénás anesztézia (TIVA) során** vénás bevezető és fenntartó szerekkel végezzük az altatást, melyet gyógyszeradagoló pumpa segítségével irányítunk. Ennek egy kifinomult változata a TCI, mellyel kellő mélységű és biztonságos szintű alváshoz szükséges, számított vér vagy szöveti gyógyszer szintet érünk el speciális számítógépes adagoló pumpával.

Könnyű illetve mély **anestéziai szedáció** az altatás során megszokott teljes betegőrző monitorozással vezetett eljárás, mely során sebészi narkózis stádiumot nem érünk el, a páciens részben öntudatlan, de kisebb vagy nagyobb ingerre ébreszthető, így több-kevesebb kooperáció is elérhető. Főképp regionális vagy helyi érzéstelenítéshez alkalmazzuk kombinációban.

A **légtak biztonságos védelmére**, az idegen anyagok légutakba jutásának megakadályozására illetve az altatás alatti lélegeztetésre légcsőtubust helyezünk be. Ez az **(intubáció)**. Ezek után altatógéphez csatlakoztatjuk és mesterségesen lélegeztetjük. Lélegeztetésre egyéb légút-biztosítást is (pl **gégemasz, LMA**) végezhetünk, melyet szintén altatógéphez csatlakoztatunk, de a saját légzés megmarad, gépi lélegeztetésre nincs szükség. A tubus behelyezésének és az operátor munkájának megkönnyítésére izomlazító gyógyszereket alkalmazunk, melyek átmeneti izombénulást okoznak. E szerek hatásait a műtét végén gyógyszeresen felfüggeszthetjük. Ritkábban arcmaszkon keresztül végezzük a lélegeztetést, amelyet általában csak rövid, néhány perces beavatkozásokhoz alkalmazunk.



### ☞ Műtét/beavatkozás utáni kezelés:

A műtét befejezésekor a gyógyszerek hatás a legtöbbször még tart, még nem teljesen tér magához. Ébredést követően stabil életműködések esetén általában visszahelyezzük az operációt végző osztályra. Az ébredés során hányinger, hányás előfordulhat. Ételt, italt és gyógyszert csak meghatározott idő elteltével, orvosi engedélyre vagy javaslatra fogyaszthat. Fájdalomcsillapításáról szükség esetén injekciók majd tabletták segítségével az operáló osztály gondoskodik. Azonban ha számítani lehet további állapotromlásra, a műtét alatti időszakban jelentős szövődmény alakult ki, vagy a szervek instabil funkciózavara jelentkezett ritkán intenzív osztályos felvétel lehet indokolt. Amennyiben az ágyszám megengedi, Önt további megfigyelésre, kezelésre, állapot stabilizálásra intenzív osztályunkon helyezzük el.

### ☞ Lehetséges szövődmények az érzéstelenítéssel kapcsolatban:

#### 1. Általános megjegyzések:

- A tudomány mai állása szerint a kezelés eredményességéért és szövődménymentességért nem vállalhat abszolút garanciát a kezelőorvos.
- Bármely orvosi beavatkozásnál előfordulhatnak olyan kisebb, illetve jelentősen csökkenő gyakorisággal súlyos vagy rendkívül súlyos, akár halálhoz vezető károsodások, szövődmények, melyek a kezeléseknél nem szükségszerű velejárói, melyek bekövetkeztek az orvos elvárható gondossága és körültekintése melletti betegellátás esetén is kialakulhatnak, és bekövetkeztek nem látható előre, ezért eleve el sem háríthatók.
- Értelmeszerű, hogy ezekért a beavatkozást végző személyt nem terheli felelősség, ezt a kockázatot a betegnek kell vállalnia, amikor beleegyezést ad a műtethez. Ilyen kockázati tényezők pl. a szokatlan anatómiai viszonyok, más társuló betegség vagy kóros állapot, a szervezet szokatlan reakciója a műtét során felhasznált anyagokra illetve magára a műtéti beavatkozásra, nem sterilítási hibából fakadó ún. endogén fertőzés, megfelelő tanúsítvány ellenére előforduló anyaghiba. Mindezek a mindennapi gyakorlatban vérzés, utóvérzés, véletlen



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS ÉRZÉSTELENÍTÉS

AITO-1//1

sérülés, belső varratelégztelenség, varratkilökődés, sebgyógyulási zavar, a várttól elmaradó gyógyeredmény illetve késői szövődmények (pl. hegesezés vagy hasüregi műtétek utáni bélösszenövés talaján kialakuló működési zavar) formájában jelentkezhetnek, de ezek statisztikai gyakorisága messze elmarad a műtét nélkül bekövetkező állapotromlás valószínűségéhez képest.

- A szövődmények, kockázatok elkerülése céljából a szakmai protolloknak megfelelően alkalmazunk trombózis és antibiotikum profilaxist, illetve mindent elkövetünk a műtéttel összefüggő esetleges szövődmények, kockázatok időben történő felismeréséért és a következmények megszüntetéséért.
- A szövődmények együttes jelentkezése sajnálatosan növeli az életveszélyes és/vagy halálos kimenetelű műtéti szövődmények esélyét.
- Amennyiben bármilyen szövődmény lép fel, osztályunk, illetve társintézményeink rendelkeznek az annak elhárításához szükséges eszközökkel és megfelelően képzett szakemberekkel.

|                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|
| A beteg/nyilatkozattételre jogosult aláírása:                          |  |
| A Tanú 1. aláírása (kizárólag, ha szóban történik a nyilatkozattétel): |  |
| A Tanú 2. aláírása (kizárólag, ha szóban történik a nyilatkozattétel): |  |

### 2. Általános (heveny vagy késői) műtéti szövődmények lehetnek tehát:

- Vérzés, utóvérzés
- Érsérülés(ek)
- Idegsérülés(ek)
- Szomszédos szervek sérülése(i)
- Embólia, trombózis
- Gyulladás (helyi vagy általános)
- Bőrsérülések (pl: elektromos áram, fertőtlenítő szerek okozta)

A szövődmények lehetnek **fizikai** (vénapunkció, intubációs sérülés stb.), **élettani** (alacsony légzésterfogat, kisebb szöveti oxigénszint, átmeneti ritmuszavar stb.), **gyógyszerhatás** (két vagy több gyógyszer kölcsönhatása, nem várt reakció, allergia stb.), **technikai** (altatógép meghibásodás, légző kör szétkapcsolódás, intubációs nehézség stb.). A mellékhatások lehetnek **enyhék** (magától rendeződő szapora szív működés, fog kitörése, nyálkahártya sérülés stb.), **mérsékelt** (ébrenlét, vérnyomáscsökkenés, vérnyomás kiugrás, véna mellé adagolt infúzió, fertőzés, kis vérzés, hányinger, hányás, szénhidrát anyagcsere felborulás stb.) **ritkábban súlyos életveszélyes** (lélegeztetési nehézség, idegen anyagok belélegzése, uralhatatlan vérzés, ritmuszavar, agyvérzés, keringési-légzési elégtelenség, veseelégtelenség, légút-sérülés, elhúzódó izombénulás stb.) illetve nagyon ritkán halál.

### 3. A javasolt érzéstelenítő beavatkozással kapcsolatos speciális szövődmények, melyek akár újabb műtéti beavatkozást tehetnek szükségessé:

- Bőr, ér, idegsérülés
- Fertőzés
- Allergiás reakció
- Száj garat, fogsérülés, fogkitörés
- Gége, hangszalag, légcső-sérülés
- Vérnyomáskiugrás, alacsony vérnyomás
- Ritmuszavar

### ☛ Műtét/beavatkozás hatása az életmódra/életminőségre:

Az általános érzéstelenítésnek (altatásnak) csak egy behatárolt időszakra érvényesül a hatása, a műtét idejére. Amennyiben a gyógyszerek a szervezetben azok adását követően lebomlanak, illetve kiürülnek, azok hatásai megszűnnek. Átmenetileg még kábultság, hányinger, hányás, gyengeség előfordulhat.



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS ÉRZÉSTELÉNÍTÉS

AITO-1//1

### ➡ A beavatkozás lehetséges alternatívái:

- regionális, gerinc közeli érzéstelenítés

### ➡ A műtét/beavatkozás elmaradásának előnye:

Mai tudásunk szerint az Ön betegsége miatt a javasolt vagy az esetleges alternatív kezelést el kell végezni, ezek elmaradásának nincs előnye.

### ➡ A műtét/beavatkozás elmaradásának veszélyei:

A megfelelő műteti érzéstelenítés elhagyása esetén az operáció végrehajtása a legtöbbször lehetetlen, illetve az Ön számára rendkívüli fájdalommal és kellemetlenséggel járna, melyet nem tudunk összeegyeztetni gyógyító céljainkkal. kevésbé valószínű

### ➡ A műtét/beavatkozás kiterjesztése:

1. Kezelőorvosom tájékoztatott, hogy a jelen beavatkozás során előfordulhat, hogy annak olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely előre nem volt látható. Felhívta figyelmem, hogy ezen esetekben az érzéstelenítés felfüggesztése, a kiterjesztés elhalasztása számomra jelentene káros megterhelést, és a későbbiekben esetlegesen újabb műtétet tenne szükségessé. Ezúton felhatalmazom kezelő-orvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a beavatkozást a szükséges mértékben gyógyításom érdekében belátásuk szerint kiterjesszék/megváltoztassák különösen, ha azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy annak elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet jelentene.
2. Kezelőorvosom tájékoztatott, hogy a hatályos törvények szerint, amennyiben a beavatkozás (1) bekezdés szerinti kiterjesztése a valamely szervnek vagy testrésznek elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, a beavatkozás kiterjesztése – erre irányuló beleegyezésem hiányában – csak közvetlen életveszély fennállása esetén vagy abban az esetben végezhető el, ha annak elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet jelentene. Ezen információt megértettem, és ennek birtokában, szabad akaratomból felhatalmazom kezelőorvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a beavatkozás kiterjesztését akkor is elvégezzék, ha az valamely szervnek vagy testrésznek elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne.

### ➡ Kérjük, segítsen nekünk...

...azzal, hogy a fenti ismertető áttanulmányozása után kezelőorvosa utasításait pontosan betartja, segíti a vizsgálatok és kezelések kivitelezését, a feltett kérdésekre pontos válaszokat ad, mivel azok a lehetséges szövődmények kivédésében, azok korai felismerésében döntő fontosságúak lehetnek.

### ➡ Beszélje meg orvosával a betegségével, a tervezett beavatkozással, illetve az esetleges szövődményekkel kapcsolatos kérdéseit.

**A beteg kérdései, valamint a kérdésekre adott válaszok (amennyiben indokolt a nyilatkozat végén folytatni kell!):**

|    | A beteg kérdései | Az orvos válaszai |
|----|------------------|-------------------|
| 1. |                  |                   |
| 2. |                  |                   |
| 3. |                  |                   |



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS ÉRZÉSTELENÍTÉS

AITO-1//1

➡ Kérjük válaszoljon kérdéseinkre...

|    |                                                                                              |                                                                                            |  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. | Szed-e (gondozottja) rendszeresen gyógyszert?                                                | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem<br>(ha igen, a következő(ke)t): |  |
| 2. | Ismert-e allergia (pl.: gyógyszer, élelmiszer, ragtapasz stb.)?                              | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem<br>(ha igen, akkor milyen):     |  |
| 3. | Tud-e anyagcsere-zavarról (pl.: cukorbetegség, ún. tárolási betegségek):                     | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem<br>(ha igen, a következő(ke)t): |  |
| 4. | Tud-e öröklött vagy szerzett vérzékenységről?                                                | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem<br>(ha igen, a következő(ke)t): |  |
| 5. | Tud-e öröklött vagy szerzett fokozott vérrög-képződési /trombózis) hajlamáról, betegségéről? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem<br>(ha igen, a következő(ke)t): |  |

- |                                                                                  |      |     |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|------|-----|------------------------------|
| • <b>Szed-e</b> (gondozottja) rendszeresen gyógyszert?                           | Igen | Nem | (ha igen, a következő(ke)t): |
| • <b>Ismert-e</b> allergia (gyógyszer, élelmiszer, ragtapasz)?                   | Igen | Nem | (ha igen, akkor milyen):     |
| • <b>Kapott-e vért?</b>                                                          | Igen | Nem |                              |
| • Szövődmény jelentkezett?                                                       | Igen | Nem |                              |
| • <b>Tud-e</b> anyagcserezavarról (pl.:)?                                        |      |     |                              |
| • Cukorbetegség                                                                  | Igen | Nem |                              |
| • Pajzsmirigy betegség                                                           | Igen | Nem |                              |
| • Köszvény / magas koleszterin                                                   | Igen | Nem |                              |
| • <b>Tud-e</b> vérzékenységről?                                                  | Igen | Nem |                              |
| • Trombózisról, embóliáról?                                                      | Igen | Nem |                              |
| • <b>Van-e</b> ismert szívbetegsége?                                             | Igen | Nem |                              |
| • Magas vérnyomása?                                                              | Igen | Nem |                              |
| • Érbetegsége                                                                    | Igen | Nem |                              |
| • Tüdő, légúti betegsége                                                         | Igen | Nem |                              |
| • Emésztési, gyomor, bélbetegsége?                                               | Igen | Nem |                              |
| • Májbetegsége?                                                                  | Igen | Nem |                              |
| • Vesebetegsége?                                                                 | Igen | Nem |                              |
| • Idegrendszeri betegsége?                                                       | Igen | Nem |                              |
| • Pszichiátriai betegsége, pl. depresszió                                        | Igen | Nem |                              |
| • Csontváz, ízületi betegsége?                                                   | Igen | Nem |                              |
| • Izomrendszeri betegsége?                                                       | Igen | Nem |                              |
| • Szembetegsége?                                                                 | Igen | Nem |                              |
| • Egyéb betegség:                                                                |      |     |                              |
| • <b>Dohányzik?</b> Mennyit? .....szál/nap                                       | Igen | Nem |                              |
| • <b>Alkoholt</b> fogyaszt? Igen Nem, Rendszeresen / Alkalmanként/ Ritkán / Soha |      |     |                              |
| • Van-e kivehető / mozgó / foga? Hídja / koronája ?                              | Igen | Nem |                              |
| • <b>Korábbi műtétek:</b>                                                        |      |     |                              |
| • Történt-e altatás során Önnel vagy családtagjával súlyos szövődmény?           | Igen | Nem |                              |

➡ A beteg egyéb nyilatkozatai a kezelőorvosi tájékoztatás után:

- Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt, vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.
- Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék.
- Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások elutasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem.
- Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.
- Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttség nélkül visszavonhatom.



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS ÉRZÉSTELENÍTÉS

AITO-1//1

- Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozásba való beleegyezésem bármikor (de legkésőbb a műtéttel/beavatkozással kapcsolatos altatás/érzéstelenítés megindításáig) alaki kötöttségek nélkül (akár szóban is) visszavonhatom.
- Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti betegtájékoztatót. Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.
- Nyilatkozom, hogy a kérdéseimet feltehettem, a kérdéseimre számomra kielégítő választ kaptam,
- Megértettem, hogy a Magyarországon elfogadott, orvosom által ismert és gyakorolt műtétben/kezelésben részesülök. A számomra ajánlott protokollokról számomra érthető felvilágosítást kaptam
- A műtét/kezelés után javasolt életmódról, esetleges további ellátásokról kezelőorvosomtól bent tartózkodásom alatt folyamatosan, továbbá a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

|                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|
| A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos szakképesítése: |  |
| A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos beosztása:      |  |

### ☞ Beleegyező nyilatkozat

- Ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok a fenti beavatkozás elvégzéséhez.
- A javasolt gyógymód szükségességéről, kivitelezésének módjáról, kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményekről és a várható következményeiről kielégítő tájékoztatást kaptam.
- A tájékoztató lap tartalmát és a szóbeli felvilágosítást megértettem és kijelentem, hogy kérdéseim gondosan megválaszolásra kerültek. További kérdésem nincs.
- Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon és kényszermentesen dönhessenek.
- Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, amelyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.
- Ennek alapján, a fenti tájékoztató áttanulmányozása és a szóbeli felvilágosítás után beleegyezem abba, hogy rajtam (gondozottamon) az alábbi kezelést, illetve annak esetlegesen szükségessé váló kiterjesztését elvégezzék.

.....  
A beavatkozás/műtét tervezett dátuma

A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| Orvos aláírása: | Orvos pecsétje: |
|-----------------|-----------------|

.....  
A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

1. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, azaz ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS ÉRZÉSTELENÍTÉS

AITO-1//1

2. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....

Kaposvár, ..... év ..... hó ..... nap .... óra ..... perc

### ➔ Elutasító nyilatkozat

Amennyiben **NEM FOGADJA EL a javasolt kezelést**, kérjük, írja alá az alábbi nyilatkozatot:

A kezelőorvos részletes felvilágosítása—mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményekre is kitért — ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom.

|                                                         |  |                                                  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|
| A felvilágosítást adó orvos szakképesítése és beosztása |  | A felvilágosítást adó orvos aláírása és pecsétje |  |
| A beavatkozást végző orvos szakképesítése és beosztása  |  | A beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje  |  |

.....  
A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

.....

1. Tanú aláírása:

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....

2. Tanú aláírása:

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....

Kaposvár, ..... év ..... hó ..... nap .... óra ..... perc

### ➔ Tájékoztatásról való lemondás

Amennyiben **LEMOND a tájékoztatásról és más személyt feljogosít erre**, kérjük, írja alá az alábbi nyilatkozatot:

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni.

.....



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS ÉRZÉSTELENÍTÉS

AITO-1//1

Helyettem tájékoztassák:

.....-t  
A beteg által megnevezett, nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

|                                                         |  |                                                  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|
| A felvilágosítást adó orvos szakképesítése és beosztása |  | A felvilágosítást adó orvos aláírása és pecsétje |  |
| A beavatkozást végző orvos szakképesítése és beosztása  |  | A beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje  |  |

.....-t  
A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

1. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, azaz ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

2. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

Kaposvár, ... év ..... hó ..... nap .... óra ..... perc

Jelen ..... sorszámozott oldalból álló betegtájékoztatót/beleegyező nyilatkozatot elolvastam, annak elolvasásához megfelelő idő állt rendelkezésemre, az abban foglalt közléseket és tájékoztatást megértettem, kérdéseimre világos és érhető válaszokat kaptam. Ezek tudatában és birtokában az ellátásba beleegyezem.

.....  
A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

Készült 20..... –n ..... és ..... óra között  
a SM KMOK ..... Osztály ..... helyiségében.