|  |
| --- |
| **BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT****AZ EMLŐ RÉSZLEGES VAGY TELJES HIÁNYA**SEB-37/1 |
| **A beteg neve:** | **A betegség megnevezése:** |
| **A beteg születési dátuma:** | * **magyarul: Az emlő részleges vagy teljes hiánya**
 |
| **A beteg lakcíme:** | * **latinul:**
 |
| **A beteg TAJ-száma:** | **A beavatkozás neve: A női emlő pótlása, helyreállítása** |
|  | **A beavatkozás oldala: jobb bal** |

## 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, 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 ……….:………………………..……………………………..

1. / **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:…………………………………………………………….…….…….…..………………………..…………………

1. / **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:**

1. a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában
2. 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

1. 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

## A betegség megnevezése

Önnél (gondozottjánál) a korábban végzett emlőműtét során kialakult hiány miatt tervezünk helyreállító műtétet.

## A betegség leírása

A női emlő hiányozhat fejlődési rendellenesség, gyermekkorban az emlőcsírát ért sérülés (műtét, égés, stb.) vagy az emlő rosszindulatú daganata miatt történt részleges vagy teljes eltávolítása következtében.

A továbbiakban daganatos betegség miatt eltávolított emlő helyreállításának lehetőségeiről adunk tájékoztatást, hozzátéve, hogy az alább felsorolt műtéti eljárások a fejlődési rendellenességek műtéti megoldásainak is alapvető módszerei.

Az emlő esztétikai célú pótlása, helyreállítása plasztikai sebész feladata. A műtét időpontjának megválasztásánál elsődleges fontosságú a daganatos betegség onkológus által előírt kezelésein túli meghatározott daganatmentes időszak. Ez függ a daganat szövettani típusától, kiterjedésétől, az előírt kezelésekhez (kemoterápia, irradiáció vagy ezek kombinációja) szükséges időtől. Általánosságban elmondható, hogy a műtétet követően, ha onkológiai kezelés nem szükséges, a szövetek konszolidációja után (általában 3-6 hónap), egyéb esetekben egy év daganatmentes periódus - irradiáció után, annak befejezését követően egy év - elteltével a helyreállító műtét elvégezhető. Válogatott esetekben a helyreállítás történhet az emlő eltávolításával egyidejűleg is.

A műtét indikációját - kellő felvilágosítás alapján - a páciens állítja fel. A helyreállítás módját pedig a plasztikai sebész. A helyreállítás módszerének megválasztását a helyi szöveti viszonyok, az ellenoldali ép emlő nagysága, állapota, a posztoperatív sugárkezelés ténye, valamint több speciálisan plasztikai sebészeti tényező határozza meg.

* **A betegség leírása, rajzos kiegészítéssel**
* **A műtéti eljárás(ok)**
1. **Általános megjegyzések:**
	* A műtétet általános vagy helyi érzéstelenítésben végezzük, melynek részleteiről, módjáról, kockázatairól és lehetséges szövődményeiről az altatást végző orvos fogja Önt tájékoztatni és kérni írásos beleegyezését.
	* A beleegyezés megtörténtének tényét az Ön műtétjét végző orvosa beavatkozás előtt ellenőrzi, ennek hiányában a jelen műtétet nem áll módunkban elvégezni.

## Az ellátás/műtét folyamata:

A hiányzó emlő pótlása több feladat teljesítésének igényét foglalja magában. Mindig egyénre szabottan, de legtöbbször pótolni kell az emlő bőrét, volumenét (domborulatát), a bimbó-bimbóudvar komplexumot és helyre kell állítani az emlők szimmetriáját. Ez legtöbbször csak műtétek sorozatával hajtható végre.

A ***bőrpótlás*** történhet szövettágító („tissue expander”) bőr vagy mellizom mögé történő beültetésével, és a bőr szigorúan meghatározott feltételek melletti fokozatos megnyújtásával vagy valódi bőrpótlással, ami történhet helyi bőrlebenyek (Bohmert lebeny) vagy távoli bőr-izom (musculocutan) lebenyek felhasználásával (a széles hátizomból vagy az egyenes hasizomból).

A helyi bőrlebenyek alkalmazása során a műtét lényege, hogy a környező bőrt és bőralatti szöveteket a mellkasról, és a has felső részéről felemelve helyükről elmozdítjuk, kihasználva a szövetek nyújthatóságát. Szövetet leggyakrabban a has felől nyerhetünk.

A ***volumen*** (domborulat) pótlása a megfelelő bőrpótlást követően, szilikon implantátum beültetésével történik. A műtét lényege szilikon implantátum behelyezése a pótolt bőrterület mögé. Az implantátum elhelyezése kétféle módon történhet: kerülhet közvetlenül a pótolt bőrterület mögé (bőr-izom lebenyek esetén) vagy a mellizomzat mögé (bőrlebeny esetén), azaz a mellizom és a mellkasfal közé. Izom mögé történő behelyezés utáni időszak több fájdalommal, kellemetlenséggel járhat.

A beültetésre kerülő szilikon gél tartalmú implantátumoknak - a médiákban napvilágot látott mindenféle ellenkező információkkal szemben - az egészségkárosító hatására (rákkeltő-, autoimmun-, kötőszöveti betegségeket okozó hatás, stb.) vonatkozóan semmiféle tudományos bizonyíték nincs, azoknak semmilyen egészségkárosító hatását

kimutatni nem lehet. A szilikon az orvostudományban széles körben alkalmazott anyag (szívsebészet, szemészet, idegsebészet, urológia, fül-orr-gégészet, gyermeksebészet, stb.). Számos szájon át alkalmazott gyógyszer, kozmetikumok, varróanyagok, injekciós tűk, kenőanyagok tartalmaznak szilikont, mindenféle egészségkárosító hatás nélkül!

A *bőr és volumen egyidejű pótlása* is lehetséges. Kisméretű ellenoldali emlő esetén a széles hátizomból képzett bőr- izom lebeny is elegendő lehet a megfelelő domborulat képzésére.

A *széles hátizom bőr-izom lebeny (musculus latissimus dorsi musculocutan lebeny)* a legbiztonságosabb, leggyakrabban használt bőr-, és kisméretű volumen pótlására alkalmas lebeny. A műtét lényege, hogy a háton a lapocka alatt ejtett babérlevél alakú metszésből a szükséges illetve lehetséges legnagyobb bőrterületet (a bőralatti zsírral) az alatta lévő széles hátizommal együtt a hónalj alatt képzett alagúton át szigetszerűen az emlő helyére forgatjuk. A lebeny vérellátását az izom ere biztosítja. A lebeny alá és a hát bőre alá is néhány napra (3-7 nap) szívódrént teszünk.

Indikált olyan esetekben, ha helyi lebenyekkel nem pótolható elegendő bőr, amikor több korábbi hasi műtét történt és a bőr-egyenes hasizom lebeny nem alkalmazható, besugárzott területen, illetve részleges emlőpótlás esetén (szegmentális emlőeltávolítás után).

A legtöbb esetben azonban szükség van nagyobb volumen pótlására, amely ekkor csak szilikon implantátum behelyezésével érhető el az első műtétet követően legkorábban 3 hónappal.

Kontra indikációt jelent, ha az izom fejlődési rendellenesség következtében sorvadt vagy vérellátása az emlő és hónalji nyirokcsomók eltávolítása során károsodott.

A ***bimbó-bimbóudvar*** komplexum pótlása kis helyi lebenyekkel vagy szabad bőrátültetéssel történik. Erre több kidolgozott műtéti módszer áll a sebész rendelkezésére, az adottságoktól függően. A bimbóudvar pótlása tetoválással is elérhető.

A bőr és nagyméretű volumen egyidejű pótlására az *egyenes hasizom bőr-izom lebeny (TRAM)* különböző változatait használjuk.

1. **Az műtét alternatívája, annak előnye/hátránya:**

**A helyreállító műtéteknek sebészi alternatívája, nincs.**

**Az Ön esetében választott műtéti megoldás:**

………………………………………………….……………………………………………………………………….……

## Lehetséges műtéti szövődmények

1. **Általános megjegyzések:**
	* A tudomány mai állása szerint a kezelés eredményességéért és szövődménymentességért nem vállalhat abszolút garanciát a kezelőorvos.
	* Bármely műtéti beavatkozásnál előfordulhatnak olyan kisebb, illetve jelentősen csökkenő gyakorisággal súlyos vagy rendkívül súlyos, akár halálhoz vezető károsodások, szövődmények, melyek a kezeléseknek nem szükségszerű velejárói, melyek bekövetkezte az orvos elvárható gondossága és körültekintése melletti betegellátás esetén is kialakulhatnak, és bekövetkeztük nem látható előre, ezért eleve el sem háríthatók.
	* Értelemszerű, hogy ezekért a műtétet/beavatkozást végző személyt nem terheli felelősség, ezt a kockázatot a betegnek kell vállalnia, amikor beleegyezést ad a műtéthez. 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 sterilitási hibából fakadó ún. endogén fertőzés, megfelelő tanúsítvány ellenére előforduló anyaghiba. Mindezek a mindennapi gyakorlatban vérzés, utóvérzés, véletlen sérülés, belső varratelégtelenség, varratkilökődés, sebgennyedés vagy sebgyógyulási zavar, a várttól elmaradó gyógyeredmény illetve késői szövődmények (pl. hegesedés vagy hasüregi műtétek utáni bélösszenövések 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 protokolloknak megfelelően alkalmazunk trombózis és antibiotikum profilaxist, illetve mindent elkövetünk a műtéttel összefüggő esetleges szövődmények, kockázatok időben történő felismeréséért és e 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): |  |

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

* + Vérzés, utóvérzés
	+ Érsérülés(ek)
	+ Idegsérülés(ek)
	+ Szomszédos szervek sérülése(i)
	+ Embólia, trombózis
	+ Bélhűdés
	+ Gyulladás (helyi vagy általános)
	+ Sebgyógyulási zavar
	+ Varratelégtelenség (külső, belső)
	+ Bőrsérülések (pl: elektromos áram, fertőtlenítőszerek okozta)
	+ Hegesedés(ek)

## A javasolt műtéttel kapcsolatos speciális szövődmények, melyek akár újabb műtéti beavatkozást tehetnek szükségessé:

Esetenként (25%) előfordulhat, hogy a hát bőre alól a szívó drén kivétele után akár több alkalommal is kisebb- nagyobb mennyiségű savós váladékot kell a bőrön keresztül leszívni. Ez nem tekinthető szövődménynek, hanem a nagy sebfelszín következményének.

A műtéti területen illetve annak környékén lefutó idegszálak meghúzódása, sérülése vagy átvágása érzészavart, érzéskiesést vagy a vártnál erősebb fájdalomérzést eredményezhet a műtéti területen illetve annak környékén. Teljes állapotrendeződés hetek, hónapok alatt várható.

A beültetett szilikon tasak abszolút szövetbarát ugyan, a szervezet számára azonban idegen anyag, így a szervezet vékony kötőszövetes tokot képezve - az implantátum körül - határolódik el tőle. Normális esetben ez a kötőszövetes tok néhány hét alatt kialakul, hártya-vékony, kívülről sem látni, sem tapintani, sem bármilyen képalkotó vizsgálómódszerrel kimutatni nem lehet. Az esetek egy részében (különböző statisztikák szerint 1-30%-os arányban) ez a tok fokozatosan vastagodik és zsugorodik, ezáltal a heges tokba zárt puha szilikon protézis összepréselődik, kemény tapintatúvá válik, deformálódhat, tokján gyűrődések képződhetnek (ez alapja lehet az implantátum esetleges megrepedésének!), helyéről elmozdulhat, a mellben feszülő érzés keletkezhet, esetleg fájdalom léphet fel nyomásra, mozgásra vagy akár nyugalomban is. Ezt a folyamatot nevezzük tokzsugorodásnak vagy kapszuláris kontraktúrának, melynek 4 fokozata van. A tokzsugorodás kialakulásának oka pontosan nem ismert. Sebgyógyulási zavarok gyakran vezetnek tokzsugorodáshoz.

A tokzsugorodás leggyakrabban a műtét után 4-6 hónappal alakul ki. Az implantatum mozgatására, illetve spontán bekövetkező javulás lehetősége miatt a tokzsugorodás műtéti megoldása a beültetés után fél éven túl végzendő. A panaszokat okozó tokzsugorodás esetén egy második műtét szükséges, amelynek során a beszűkült tok felhasításával helyreállítjuk az implantátumot befogadó üreg eredeti nagyságát, miáltal a pótolt emlő ismét puha tapintatúvá és normális alakúvá válik, a panaszok megszűnnek. Mivel ez a műtét lényegesen kisebb beavatkozás, mint az előző, kisebb az esély arra, hogy a műtéti területen ismét zsugorodás lépjen fel, hiszen az implantátum körüli tok legnagyobb része érintetlen marad. Ennek ellenére ismételt tokzsugorodás is előfordulhat, ami újabb műtéttel korrigálható. Ezen kapszuláris kontraktúra gyakoriságának csökkentése érdekében hozták forgalomba a különböző cégek a korábban már használt sima felszínű implantátum mellett az úgynevezett “rücskös„ (texturált) felszínű implantátumokat, amelyeknek az ára magasabb ugyan, de a szakirodalmi adatok túlnyomó többsége szerint alkalmazásuk esetén a kapszuláris kontraktúra kialakulásának esélye néhány százalékkal csökkenthető. A szakember feladata, hogy a ma rendelkezésre álló különböző gyártmányú és típusú és formájú (kerek, csepp alakú, lapos, magas) implantátumok közül az adott esetben legalkalmasabbnak látszót kiválassza. Többféle jó minőségű implantátum létezik. ***Legjobb implantátum nincs!*** Az a legjobb, ami az adott esetben a legalkalmasabb.

Az implantátum megrepedhet, ha erős külső behatás éri. Általában a kifolyt szilikon gél a korábban kialakult kapszulában (kötőszövetes tok) marad. Ha ennek egyértelmű igazolása ultrahanggal nem sikerül, úgy MRI vizsgálat szükséges. Ha sérülés igazolódott, az implantátumot ki kell cserélni.

## Műtét utáni kezelés

Műtét után két hétig fizikai kímélet javasolt, hat hétig tartózkodjon minden olyan tevékenységtől (pl. nehéz tárgyak emelése), ami fizikai megterheléssel jár. Hat hétig minden sporttevékenység ellenjavallt.

Naponta szükséges a seb fertőtlenítése steril kötéscseréje.

## Műtét hatása az életmódra/életminőségre

Aki helyreállító műtétre szánja el magát, tudnia kell, hogy adott esetben a lehető legjobb eredmény elérése csak több lépésben lehetséges. Ez az eredmény sem lesz azonban olyan, mint a korábban, a mell levételét megelőző állapot. A terület szövet károsodott terület, akár azért, mert már operálták korábban, akár azért mert sugárkárosodott a bőr, vagy korábban a szervezet cytostatikumot kapott.

## A műtét lehetséges alternatívái

* + Az emlő helyreállításának nem sebészi alternatívája nincs.

## A műtét elmaradásának előnye

Mai tudásunk szerint az Ön betegségére javasolt beavatkozást vagy az esetleges alternatív kezelést el kell végezni, ezek elmaradásának nincs előnye.

## A műtét elmaradásának veszélyei

A korábbi műtét után fennmaradt bőr, lágyrész és volumen hiányának fennmaradása.

## A műtét kiterjesztése

1. Kezelőorvosom tájékoztatott, hogy a jelen műtét során előfordulhat, hogy annak olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely előre nem volt látható. Felhívta figyelmem, hogy ezen esetekben a műtét 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 szervemnek vagy testrészemnek 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 szervemnek vagy testrészemnek 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. |  |  |
| 4. |  |  |

* + **Kérjük válaszoljon kérdéseinkre…**

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

* + **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 kötöttségek nélkül visszavonhatom.
		- Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozásba való beleegyezésem bármikor (de legkésőbb a műtéttel 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 dönthessek.
		- 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 pecsétje:

Orvos aláírása:

…………………………………………………………… 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:

……………………………………………………………

1. 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 ésbeosztása |  | A felvilágosítást adó orvos aláírása és pecsétje |  |
| A beavatkozást végző orvos szakképesítése ésbeosztása |  | A beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje |  |

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

1. Tanú aláírása: Neve:

Anyja neve: Lakcíme:

……………………………………………………………

1. 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.

**……………………………………………………**

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 ésbeosztása |  | A felvilágosítást adó orvos aláírása és pecsétje |  |
| A beavatkozást végzőorvos 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:

……………………………………………………………

1. 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 Sebészeti Osztály Betegfelvételi Iroda helyiségében.**