

|  |
| --- |
| **BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT***Alapinformációk a betegségéről és a**sebészeti kezelés lehetőségeiről* |
| **A beteg neve:** | **A betegség megnevezése:** |
| **A beteg születési dátuma:** | * **magyarul: Jóindulatú vagy korai rosszindulatú végbél polip**
 |
| **A beteg lakcíme:** | * **latinul: Benignus/korai malignus rectum polyp**
 |
| **A beteg TAJ-száma:** | **A beavatkozás neve: Polyp eltávolítása transzanális endoszkópos műtéttel (TEO)** |
|  |  |
| **Kedves Betegünk (Törvényes képviselő / Meghatal- mazott / 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-tételiügycsoportban cselekvő- képességében részlegesen korlátozott, vagy az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatóval rendelkezőszemély esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai /kérjük abírói végzés csatolását/:

Név:…………………………………………. Születési idő:………………… Anyja neve:……………………………………………………………….….. Lakcíme:……………………………………………………….………….…..1. /**Meghatalmazás** esetén a nyilatkozattevő személy adatai és rokonságifoka/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:………………………………………..…… Szül.idő:………………… Anyja neve:……………………………………………………………….….. Lakcíme:……………………………………………………….………….….. Rokonsági foka:……………………………………………………………….. **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,ennekhiányában, cb) szülője, ennek hiányában, cc) testvére, ennek hiányában, cd) nagyszülője, ennek hiányában, ce) unokája |
| * **A betegség megnevezése**

Panaszai és az eddig elvégzett vizsgálatok alapján Önnél (gondozottjánál) **jóindulatú/ korai rosszindulatú végbél polipot** mutattunk ki, ill. nagy valószínűséggel panaszait **a végbélbe bedomborodó nyálkahárty- többlet** okozza.* **A betegség leírása**

A végbélpolip a végbél jóindulatú daganata, amelynek bizonyos típusaiból évek alatt a végbél rosszindulatú daganata fejlődhet ki. Emiatt rákmegelőző állapotnak tekintjük. A végbélpolipok kezdetben kis méretűek, növekedésük során akár több centiméteres nagyságot is elérhetnek. |
|  |
|  |
|  |
|  |

# 1

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

*Alapinformációk a betegségéről és a*

*sebészeti kezelés lehetőségeiről*

## A betegség leírása, rajzos kiegészítéssel

A végbélpolip tüneteinek jelentkezésében hasonlít az aranyérre. Egészen sokáig tünetmentes marad és semmi sem utal a jelenlétére, vagy csak minimális problémát okoz. Nagyon sok esetben más okból végzett végbéltükrözés során derül fény meglétükre.

# 2

A leggyakrabban vérzést, nyákos székletet, viszketést, váladékozást, előesést, idegentestérzést okoznak. Növekedésével székeléskor fájdalommal, nehéz székeléssel is járhat.

A végbélpolip igazi veszélye elsősorban nem az okozott kellemetlenségeket jelenti. Bizonyos polipok hajlamosak az idő múlásával rosszindulatú daganattá válni, mely súlyos problémákat okozhat.

A kisebb polipok vastagbéltükrözés során eltávolíthatóak, de az Ön esetében ez az eltávolítási mód a polip mérete, lapos formája vagy elhelyezkedése miatt nem volt kivitelezhető.

Az Ön esetében kezelőorvosa úgy döntött, hogy a műtét elvégzése szükséges a gyógyulása érdekében.

## A műtéti eljárás(ok)

### általános megjegyzések:

* + A műtétet **általános (altatásban történő)** 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, és hiányában a jelen műtétet nem áll módunkban elvégezni.

### az ellátás/műtét folyamata:

A transzanális endoszkópos operáció (TEO) egy modern műtéti eljárás, amely során a végbél felől végezzük a műtétet. Ez az eljárás minimálisan invazív, bőrmetszéssel sem jár, így rendkívül kíméletes sebészi technikát jelent. A beteget úgynevezett kőmetsző helyzetben operáljuk. A beteg a hátán fekszik, 90 fokban hajlított, megtámasztott lábakkal.



Az eljárást egy endoszkópon, más néven operációs rektoszkópon keresztül hajtjuk végre, amelyet a végbélbe helyezünk.



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

*Alapinformációk a betegségéről és a*

*sebészeti kezelés lehetőségeiről*

A végbelet szén-dioxid gázzal töltjük fel a jól áttekinthető műtéti terület elérése céljából. Az eljárást kamerán keresztül egy monitor és speciálisan tervezett sebészeti eszközök segítségével hajtjuk végre. A polipot megfelelő ép nyálkahártya széllel, vérzéscsillapító eszköz segítségével kivágjuk. Az eltávolított polip helyét pedig felszívódó varrattal zárjuk. A műtét végén vérzéscsillapító szivacs is behelyezésre kerül a végbélbe.


### lehetséges műtéti alternatívák:

A végbélpolip elhelyezkedésétől és kiterjedésétől függően a következő lehetőségek állnak rendelkezésünkre:

* Amennyiben a polip eltávolítása operációs rektoszkópon keresztül nem kivitelezhető, akkor nyílt vagy laparoszkópos hasi műtéttel az adott **végbélrész (*rectum resectio)*** kerül ***eltávolításra***. A bélfolytonosságot a vastagbél és végbél között készített szájadékkal (anastomosis) állítjuk helyre kézi vagy gépi

3 varrattal.

* Technikai vagy anatómiai ok miatt előfordulhat, hogy

a bél folytonosságának helyreállítása nem kivitelezhető az aktuális műtét során, noha a polipot tartalmazó bélszakasz eltávolításra került. Ilyen esetekben az eltávolított rész előtti már ép bélszakasz átmeneti vagy végleges hasfalra történő előhelyezése, ***vendégnyílás (stoma)*** készítése szükséges, hogy a műtétet be tudjuk fejezni, s a bélsár ürülését koordinált módon biztosítani tudjuk. A stoma átmeneti vagy végleges voltáról, előbbi esetben megszüntetésének módjáról és időpontjáról kezelőorvosa tájékoztatni fogja.

* Technikai vagy anatómiai ok miatt előfordulhat, hogy a végbél kiírtására van szükség, ilyenkor a polipot tartalmazó, végbélnyíláshoz közele elhelyezkedő bélszakasz eltávolításával együtt a végbélnyílás is eltávolításra kerül. Ilyen esetben az ép bélszakasz hasfalra történő előhelyezése, ***vendégnyílás (stoma)*** képzése végleges.
* Nem eltávolítható polipot tartalmazó bélszakasz esetén a hasfalon csak ***vendégnyílás (stoma)*** készítése jön szóba a széklet ürítésének biztosítására.

A műtét során eltávolított polipot tartlamzó nyálkahártya részt szövettani vizsgálatra küldjük. A vizsgálat eredménye normális esetben 2 hét múlva várható. Ez alapján véleményezhető a polip kiterjedése, illetve ez alapján lehet kizárni azt, hogy az adott bélszakaszon nincs daganatos elfajulás.

Megelőző kivizsgálás alapján a műtét típusa előre csak megjósolható, de garantálni nem lehet. Azt mindig az adott műtéti szituáció dönti el!

### Az Ön esetében választott műtéti megoldás:

…………………………………………………………………

## Lehetséges műtéti szövődmények

### Általános megjegyzések:

* + A tudomány mai állása szerint a kezelés eredményességért és szövődménymentes- ségéért 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.

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

*Alapinformációk a betegségéről és a*

*sebészeti kezelés lehetőségeiről*

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

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

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

4

* + Bélhűdés
	+ Hegesedés, szűkület, bélelzáródás kialakulása
	+ Varratelégtelenség vagy hashártya megnyílása esetén hasüregi folyadékképződés, ennek fertőződése miatt hashártyagyulladás, hasüregi tályog, sipoly kialakulása
	+ Stoma szűkülete, elhalása, visszaesése, elégtelensége

## Műtét/beavatkozás utáni kezelés

Közvetlenül a műtét után infúziós terápiát, véralvadásgátló kezelést alkalmazunk, egyes esetekben antibiotikumok adása válhat szükségessé.

Az altatás alatt gyomrába szondát vezetünk a vékonybéltartalom levezetése érdekében, melyet általában ébresztés előtt eltávolítunk. Ritkán, hányinger vagy a bélműködés beindulásának nehézsége esetén szükség lehet a gyomorszonda bennhagyására vagy visszahelyezésére átmenetileg. A műtét végén vérzéscsillapító szivacsot hagyunk a végbélben, mely 1-2 napon belül önmagától ki fog esni. A műtét előtt felhelyezett húgyhólyag katétert amennyiben nem szükséges a vizelet mennyiség vagy minőség ellenőrzése 1 nap után eltávolítjuk.

Műtét után rendszeresen fájdalomcsillapítást végzünk, általában injekciós formában.

A műtéti beavatkozást követően, általában a műtét utáni napon felkelhet és folyadékot fogyaszthat. Amennyiben nincs hányingere és az orvosa megengedte másnaptól pépes majd szilárd ételt is fogyaszthat, ezt

követően fokozatosan térhet vissza a normális étkezési szokásokra.

Szövődménymentes esetben a műtét utáni 2-4. napon engedjük otthonába távozni. Varratszedésre nincs szükség, amennyiben csak rektoszkóppal végezzük a műtétet.

## Műtét/beavatkozás hatása az életmódra/életminőségre

Otthonában a dietetikus tanácsa alapján betartott speciális diéta javasolt, fizikai kímélet, fokozatos mobilizáció, a bennfekvése során megkezdett véralvadásgátló injectió folytatása. Stoma esetén annak kezelése, melynek oktatásában a stomatherápiás nővéreink segítésével még bennfekvése során részt vesz.

## A műtét/beavatkozás lehetséges alternatívái

A műtéti indikáció felállítása a legújabb szakmai irányelveknek megfelelően minden esetben egyéni elbírálás alapján történik, figyelembe véve a páciens korát, fennálló egyéb alapbetegségeit. A kisméretű, bélelzáródást nem okozó polipok esetén a műtét nem feltétlenül indokolt. Bélelzáródást okozó nagyméretű polip esetén a hasi műtét fog csak szóba jönni sürgősséggel, ekkor már rektoszkópos beavatkozást nem tudunk végezni.

## A műtét/beavatkozás elmaradásának előnye

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

## A műtét/beavatkozás elmaradásának veszélyei

A végbéltáji panaszok, vérzés az életminőséget és munkaképességet rontja. A műtét elmaradásával a polip növekedése következhet be, mely a bélfal szűkületéhez vagy elzáródásához vezethet. A bélelzáródás miatt pedig bélfal átfúródás, hashártya gyulladás, vérmérgezés, halál következhet be.

## A műtét/beavatkozás kiterjesztése

* 1. Kezelőorvosom tájékoztatott, hogy a jelen műtét/beavatkozás során előfordulhat, hogy annak olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely előre nem volt látható. Felhívta figyelmem, hogy ezen

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

*Alapinformációk a betegségéről és a*

*sebészeti kezelés lehetőségeiről*

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/meg- változtassák különösen, ha azt sürgős szükség fenn- állása indokolja, vagy annak elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet jelentene.

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

* 1. Kezelőorvosom tájékoztatott, hogy a hatályos törvények szerint, amennyiben a beavatkozás (1) bekezdés szerinti kiterjesztése a valamely szervem- nek vagy testrészemnek elvesztéséhez vagy funkció- jának teljes kieséséhez vezetne, a beavatkozás kiterjesztése –erre irányuló beleegyezésem hiányá- ban– 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.

5

|  |
| --- |
| **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): |

## 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 (folytatás a 8. oldalon):

## Kérjük válaszoljon kérdéseinkre…

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Szed-e (gondozottja) rendszeresengyógyszert? | Igen |  | Nem |  |  |
| (ha igen, akövetkező(ke)t): |
| 2. | Ismert-e allergia (pl.: gyógyszer, élelmiszer, ragtapasz stb.)? | Igen |  | Nem |  |  |
| (ha igen, akkormilyen): |
| 3. | Tud-e anyagcsere- zavarról (pl.: cukorbetegség, ún tárolási betegségek): | Igen |  | Nem |  |  |
| (ha igen, akövetkező(ke)t): |

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

*Alapinformációk a betegségéről és a*

*sebészeti kezelés lehetőségeiről*

Tud-e öröklött

1. vagy szerzett vérzékenységéről?

Tud-e öröklött vagy szerzett fokozott vérrög-

1. képződési

/trombózis)

hajlamáról, betegségéről?

Igen Nem (ha igen, a következő(ke)t):

Igen Nem (ha igen, a következő(ke)t):

* + 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 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.

6

* + 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/beavatkozással kapcsolatos altatás/érzés- telenítés 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.

## 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

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

*Alapinformációk a betegségéről és a*

*sebészeti kezelés lehetőségeiről*

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

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

A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos aláírása, és pecsétje



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

…………………………………………………………… A beteg vagy a

7

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:

Kelt:

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 és a beavatkozást végző orvos aláírása, és pecsétje

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

…………………………………………………………… 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:

Kelt:

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

## Tájékoztatásról való lemondás

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

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

*Alapinformációk a betegségéről és a*

*sebészeti kezelés lehetőségeiről*

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!

8 Orvos aláírása Orvosi pecsétje:

……………………………………………………………

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

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

Kelt:

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

### A beteg kérdései, valamint a kérdésekre adott válaszok (folytatás a 6. oldalról):

Az orvos válaszai

A beteg kérdései

.

4.

A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos aláírása, és pecsétje

A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos szakképesítése:

5.

A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos beosztása:

…………………………………………………………… A beteg vagy a

nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

6.

……………………………………………………………

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

Neve: Anyja neve: Lakcíme: