|  |
| --- |
| **BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT****BIZONYTALAN EREDETŰ EMLŐDAGANAT**SEB-31/1 |
| **A beteg neve:** | **A betegség/sérülés megnevezése:** |
| **A beteg születési dátuma:** | * **magyarul: Bizonytalan eredetű emlődaganat**
 |
| **A beteg lakcíme:** | * **latinul: Tu. mammae**
 |
| **A beteg TAJ-száma:** | **A beavatkozás neve: Emlő részleges eltávolítása, őrszem nyirokcsomó eltávolítás** |
|  | **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/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 ……….:………………………..……………………………..

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

Panaszai és az eddig elvégzett vizsgálatok alapján Önnél (gondozottjánál) az emlőben bizonytalan eredetű, ismeretlen szövettani szerkezetű daganat kifejlődése igazolódott.

## A betegség leírása

Panaszai és az eddig elvégzett vizsgálatok alapján Önnél (gondozottjánál) az emlőben bizonytalan eredetű, ismeretlen szövettani szerkezetű daganat kifejlődése igazolódott. Végleges eredményt azonban csak az eltávolított daganat szövettani vizsgálata ad

## A betegség leírása, rajzos kiegészítéssel

Az emlő a mellkas elülső részén, a csontos-izmos mellkasfalon elhelyezkedő, mirigyes állományú páros szerv



Az emlőben kialakult daganat szövettanilag lehet rossz (malignus) vagy jóindulatú (benignus).

A két daganat típus között az alapvető különbség, hogy a jóindulatú daganat csak növekedése révén károsítja az ép emlőszövetet, a rosszindulatú emlődaganat viszonyt agresszíven beszűri az ép szövetet, illetve a nyirok és vérkeringésen keresztül távoli áttétképzésre képes.

A jóindulatú emlődaganat esetében végleges kezelés a sebészi eltávolítás, az emlő rosszindulatú elváltozásának terápiája komplex kezelési program, több szakma együttműködését igényli (radiológus, sebész, onkológus, patológus, sugárterápiás szakember). Minden esetben az előbb felsorolt szakemberekből álló onko-team határozza meg a kezelési stratégiát. Ennek meghatározó része a sebészi beavatkozás, mely a daganatos emlőállomány, illetve a daganatos szóródás során érintetté vált vagy gyanús regionális nyirokcsomók eltávolítását célozza.

Az Ön esetében a műtét előtti vizsgálatok révén nem sikerült pontos szövettani diagnózist megállapítani, e miatt a műtét alatt kell meghatározni a daganat típusát és az eredmény birtokában megfelelő műtéti eljárást kell elvégezni.

## 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 betegség kiterjedésétől függően több műtéti megoldás létezik:

### Drótjelöléses kimetszés (excisio, lumpectomia):

Igen kisméretű, nem tapintható emlődaganat eltávolítása előtt, ennek jelölése szükséges a lehető legkisebb, de biztonságos szöveteltávolítás érdekében. A műtét reggelén mammográphiás laboratóriumban ultrahang segítségével vékony drótot vezetnek a daganatba, vagy a bőrön festékanyaggal jelölést helyeznek el, ezáltal a műtét során csak a drót körül, vagy a festékes jelölésnek megfelelően elhelyezkedő emlőszövet kerül eltávolításra. A daganatos szövet helyes eltávolítását a műtét során eltávolított szövet azonnali röntgen vizsgálatával igazoljuk.

### Emlőmegtartó kimetszés (sector-, quadrantectomia):

Nagyobb, tapintható daganat esetén a daganatos terület kiterjedése függvényében az emlő kisebb-nagyobb területe kerül eltávolításra.



Biztonságos eltávolítás mellett mindig a lehető legkisebb kimetszésre, a legjobb kozmetikai eredmény elérésére törekszünk. A daganatos szövet eltávolítását ez esetben is műtét alatt elvégzett röntgen vizsgálattal igazoljuk.

Eltávolítást követően a daganatos szövetet bizonyos esetekben gyors (fagyasztásos) szövettani vizsgálatra küldjük, melynek eredményét 10-15 percen belül ismerjük meg. Ez alatt Önt az altatóorvos nem ébreszti fel.

A fagyasztásos vizsgálat a rosszindulatúság alapos gyanúját igazolhatja, de végleges eredményt csak a szövettani feldolgozás biztosít majd.

A fagyasztásos szövettani eredmény függvényében szükség esetén ébresztés előtt a kimetszés kiterjesztését végezzük el, illetve az őrszem nyirokcsomó kerül eltávolításra

### Őrszem nyirokcsomó eltávolítása (Sentinel-biopsia):

Amennyiben a műtét alatt elvégzett fagyasztásos szövettani vizsgálat rosszindulatú daganat alapos gyanúját igazolja, a műtét során eltávolítjuk a daganatos terjedés útjának első kapuját, az első nyirokcsomót, ún. őrszem nyirokcsomót. Ezért minden bizonytalan eredetű emlődaganatos betegnél a műtétet megelőző nap az érintett oldali emlőbe az izotóplaborban vékony tűvel radioaktív izotóppal jelölt anyagot juttatnak be, mely az emlő természetes nyirokkeringésének útján bekerül az őrszem nyirokcsomóba, és megjelöli azt.

A műtét során az emlődaganat kimetszésén túl egy gamma-szondával (a radioaktív impulzusok detektálására használt eszköz) felkeressük az őrszem nyirokcsomót (döntő többségében a folyamattal azonos oldali hónaljárokban helyezkedik el), és eltávolítjuk azt, ami az esetek egy részében külön kis bőrmetszést igényel. Ha a végleges szövettani feldolgozás a nyirokcsomót a tumoros folyamat által érintettnek írja le, akkor egy második műtét során az azonos oldali hónaljárokból az itt található zsírszövetet a benne elhelyezkedő összes nyirokcsomóval együtt eltávolítjuk.

Általánosan elmondható, hogy emlőműtét követően egy vagy két drain kerül a sebbe, illetve a hónalji árokba behelyezésre, melyeket a váladékozás megszűnését követően távolítunk el.

Természetesen minden eltávolított emlő vagy nyirokcsomórészlet szövettani feldolgozásra kerül.

A későbbiek folyamán – onkológussal egyeztetett időpontban – lehetőség van az emlő alakváltozását korrigáló plasztikai sebészeti korrekcióra.

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

A bizonytalan eredetű emlődaganat eltávolítására, majd annak szövettani feldolgozására egyéb jelenleg ismert alternatíva nincs a gyakorlatban

## 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
	+ Gyulladás (helyi vagy általános)
	+ Sebgyógyulási zavar
	+ Bőrsérülések (pl: elektromos áram, fertőtlenítőszerek okozta)
	+ Hegesedés(ek)
	+ Összenövés(ek)

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

Az emlőműtétek speciális szövődményként kell megemlíteni:

* + Szoptatási képesség elvesztése az operált oldali emlőből.

A hónalji nyirokcsomók eltávolításával kapcsolatos speciális szövődmények is jelentkezhetnek ritkán:

* + Hónalji árokban nyirokszivárgás észlelhető (átmenti jellegű, de ha a hónaljban elhelyezett drain eltávolítását követően jelentkezik, punkciót tehet szükségessé.
	+ Az érintett oldali kar duzzanata a nyirokkeringés zavara miatt
	+ Érzészavar az érintett oldali felső végtagon, általában a felkar belső felszínén, esetlegesen mozgászavar.

## Műtét/beavatkozás utáni kezelés

Közvetlenül a műtét után infúziós terápiát, fájdalomcsillapítást, egyes esetekben antibiotikumok adása válhat szükségessé.

A műtéti beavatkozást követően általában már a műtét utáni napon felkelhet, folyadékot-táplálékot fogyaszthat, illetve zavartalan gyógyulás esetén néhány nap után otthonába távozhat.

A végleges szövettani eredmény birtokában további műtétre lehet szükség.

## Műtét/beavatkozás hatása az életmódra/életminőségre

A műtétet követően az eltávolított mirigyállomány tömegével összefüggésben esetlegesen kialakult emlő alakváltozás hatással lehet az életminőségre.

## A műtét/beavatkozás lehetséges alternatívái

A bizonytalan emlődaganat eltávolításának nincs egyéb alternatívája.

## A műtét/beavatkozás elmaradásának előnye

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

## A műtét/beavatkozás elmaradásának veszélyei

Tekintettel arra, hogy rosszindulatú betegségről lehetőségéről esik szó, a kezelés elmaradása súlyos, fatális következményekkel járhat. A rosszindulatú daganat áttétképzésre erősen hajlamos, mely áttétek mind az életfontosságú szervekben (agy, tüdő, máj, mellékvesék, nyirokcsomók), mind az egyéb szervekben jelentkezhetnek, ahol a daganatos burjánzás következtében számos súlyos tünetet és panaszt produkálnak, és végső soron halálhoz vezetnek

## 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 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/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 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.**