|  |  |
| --- | --- |
| **BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT BŐR- ÉS BŐR ALATTI KÖTŐSZÖVET JÓINDULATÚ DAGANATAI** SEB-7/1 | |
| **A beteg neve:** | **A betegség megnevezése:** |
| **A beteg születési dátuma:** | * **magyarul: Bőr és bőralatti kötőszövet jóindulatú daganatai** |
| **A beteg lakcíme:** | * **latinul:** |
| **A beteg TAJ-száma:** | **A beavatkozás neve: Sebészi eltávolítás** |
|  |  |

# 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

Panaszai és az eddig elvégzett vizsgálatok alapján Önnél (gondozottjánál) bőr/ bőralatti kötőszövet jóindulatú elváltozását észleltük.

# A betegség leírása

Bőrünkön különféle bőrelváltozásokat találunk, amelyek egy része már születéskor észlelhető, többségük pedig az életkor előrehaladtával fokozatosan alakul ki. Ezek a bőrjelenségek sokfélék lehetnek, felszínük, tapintatuk, színük, méretük, alakjuk más és más megjelenési formát mutat.

A bőrdaganatok, bőrelváltozások a leggyakoribb emberi daganatok, idővel mindig láthatóvá válnak a bőrfelszínen és a legtöbbször klinikai vizsgálattal megállapítható a típusuk.

Eredetük, megjelenési formájuk és szövettani szerkezetük alapján különböző csoportokba sorolhatjuk őket. Ide tartoznak a szemölcsök, anyajegyek, a bőr jó és rosszindulatú növedékei valamint az időskori bőrnövedékek. Köznapi nyelvben a felszínből kiemelkedő elváltozásokat szemölcsnek, a festékeseket pedig anyajegynek nevezik.

A napi gyakorlatban leginkább festékes bőrelváltozásokkal találkozunk, amelyek pigmentet (festéket) termelő sejteket tartalmaznak. Ezeket a szakmai nyelv naevusnak hívja. A naevusok egy része már születéskor látható, nagy többségük azonban inkább a későbbi életkorban jelenik meg. Hormonális változások - a pubertás, a terhesség - során növekedhet a méretük, szaporodhat a számuk. Megjelenésük lehet kerek vagy ovális, sima vagy egyenetlen felszínű, éles kontúrú, általában homogén (egyenletes) színezetű, a bőr felszínéből kiemelkedő vagy abba simuló. Átmérőjük a néhány milliméterestől az akár néhány centiméteresig változhat. Némelyikből szőrszálak is kinőhetnek. Színük a világosbarnától a majdnem feketéig változhat. Néha a pigmentált területet néhány milliméteres pigment hiányos udvar övezi. A festékes anyajegyek (naevusok) dinamikus bőrelváltozások, bármely életkorban újak keletkezhetnek, vagy ritkán a meglévők el is tűnhetnek.

A bőralatti szövetekben számos elváltozás alakulhat ki. Megjelenésük változatos képet mutat, attól függően, hogy milyen szövettípusból alakultak ki. Rendszerint a bőr alatt tapintható csomó formájában vesszük észre. Általában nem fájdalmas, rugalmas tapintatú, viszonylag jól körülhatárolható göbként jelentkeznek.

**Lipoma**: a bőr alatti szövetben elhelyezkedő, zsírszövetből kialakuló jóindulatú kötőszöveti daganat. Leginkább a nyak háti felszínén, a törzsön, alkarokon, combokon és a fartájon fordul elő kis, 1-2 cm-es, puha, elmozdítható csomóként. Panaszt nem okoz, felette a bőr ép. Néha extrém növekedést mutathat. Szövettanilag zsírsejtekből áll, melyet gyakran tok vesz körül. Kezelése a sebészi eltávolítás, mely során a daganat legnagyobb domborulatán a bőr erővonalainak megfelelő irányú metszést ejtünk, majd a daganatot eltávolítjuk, és kórszövettani vizsgálatra küldjük. A metszés hossza függ az elváltozás méretétől. Kiújulása maradéktalan eltávolítása után nem várható (ez elsősorban a tokkal körülvett lipomákra vonatkozik), de más helyen való megjelenése nem zárható ki.

**Atheroma**: olyan faggyútermelő tömlő, melynek a kivezető nyílása valamilyen okból elzáródott és benne a termelődött faggyú felhalmozódik, tömött tapintatú csomóként jelentkezik. Időnként felülfertőződhet és gyulladásba jön, melyet leggyakrabban a faggyúban elszaporodó tejsavtermelő baktériumok okoznak. Ilyenkor célszerű az elváltozást megnyitni és spontán ürülni hagyni, majd a gyulladás megszűnte után 6 héttel célszerű az elváltozást tokkal együtt sebészi úton eltávolítani. Kiújulása nem várható, de más helyen való megjelenése nem zárható ki.

**Ganglion**: babnyi, mogyorónyi, de akár diónyi nagyságúra is megnövő, sima felszínű, rugalmas tapintatú képlet, mely ízületi tokból vagy ínhüvelyből eredően fejlődik ki. Eredésének helyén az ízületből vagy ínhüvelyből ízületi folyadék, ill. ínhüvelyi folyadék kerül a környező szövetek közé, melyet tok borít. E folyadék besűrűsödhet, kocsonyássá válhat. Leggyakoribb kialakulási helye a csukló és a kéz, de nem ritkán előfordul lábon is. Jóindulatú elváltozás, mely kialakulását követően először az érintett ízület nyugalomba helyezésével kezelendő. Erre a konzervatív terápiára nagyrészük visszafejlődhet. Amennyiben ez nem következik be, vagy ismételten kiújul és panaszokat okoz, úgy indokolt annak műtéti eltávolítása. Megfelelő műtéti körülmények között, járatos szakember által végzett műtéti eltávolítás és azt követően sebgyógyulásig alkalmazott nyugalomba helyezés (szükség esetén gipszrögzítés) után a recidíva (újbóli kialakulás azonos helyen) mindössze néhány százalék.

Egyéb bőr eredetű **cystás** elváltozások: különböző nagyságú, rendszerint a bőrben, vagy közvetlenül a bőr alatt elhelyezkedő lassan növekvő képletek, melyek tartalmazhatnak faggyút, szarut, amit a bőr járulékos mirigyei vagy hámja termel. Felülfertőződés esetén begyulladnak, a felszín felé járat (fistula) képződhet, melyen át tartalmuk kiürül a külvilág felé. Kezelésük: sebészi eltávolítás, gyulladásmentes stádiumban. Újbóli kialakulásuk csak abban az esetben következik be, ha a cystát nem sikerült maradéktalanul eltávolítani.

* **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 vagy helyi érzéstelenítést 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.

A műtétet általános vagy helyi érzéstelenítésben végezzük. Az érzéstelenítést követően a kijelölt képletet az épben eltávolítjuk. Amennyiben szükséges vérzéscsillapítást követően a keletkezett sebet különböző varróanyagok segítségével zárjuk.

A bőr és bőralatti kötőszövet jóindulatú elváltozásainak eltávolítására nem sebészi alternatíva 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)
    - Vaskos, feltűnő hegképződés

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

A minden sebészeti beavatkozás esetén szóba jöhető szövődményeken (vérzés, sebfertőzés, sebgyógyulási zavar) kívül lebenyplasztikánál, és félvastag bőr átültetésénél a lebeny, illetve az átültetett bőr részleges vagy teljes elhalása is bekövetkezhet.

A leggondosabb műtéti technika, a legjobb varróanyagok és tökéletes műtét utáni sebgyógyulás mellett sem lehet azonban ígérni, hogy a műtéti hegek láthatatlanok lesznek. A hegesedést nagymértékben befolyásolja az egyéni hajlam. Az esetleg vaskos, feltűnő műtéti hegeket, amennyiben hónapok múlva sem javulnak kellő mértékben, egy kisebb hegkorrekciós műtéttel általában elfogadhatóvá lehet tenni. Hegkorrekciót legkorábban a műtét után 1 évvel szabad végezni!

# Műtét utáni kezelés

Helyi érzéstelenítésben végzett műtéteknél sebészi szempontból a fájdalom csillapításán túl egyéb kezelés nem szükséges, Ön többnyire a műtét napján távozhat.

Altatásban végzett beavatkozásoknál közvetlenül a műtét után infúziós terápiát alkalmazunk, egyes esetekben antibiotikumok adása válhat szükségessé. Ezen esetekben már a műtét utáni napon felkelhet, folyadékot fogyaszthat, illetve állapotától függően otthonába távozhat.

Javasolt seb kötözése kétnaponta szigetkötszerrel. Varratokat a sebgyógyulás függvényében a 10-20 nap között távolítjuk el.

# Műtéthatása az életmódra/életminőségre

A műtétet követően szükséges a seb rendszeres kötéscseréje, majd a műtétét követően 2.-3. héten a varratok eltávolítása szükséges

# A műtét lehetséges alternatívái

A bőr és bőralatti kötőszövet jóindulatú elváltozásainak eltávolítására nem sebészi alternatíva nincs.

# A műtét 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 elmaradásának veszélyei

A jóindulatú elváltozások részben átalakulhatnak rosszindulatúvá, illetve egyéb tüneteket (pld. gyulladás) okozhatnak.

# A műtét 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 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 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 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:

……………………………………………………………

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 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:

……………………………………………………………

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 aláírás

**Készült 20………………………….. –n ……………… és** **óra között**

**a SM KMOK Sebészeti Osztály Betegfelvételi Iroda helyiségében.**