|  |
| --- |
| **BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT****GENNYMELLŰSÉG**MELLKASSEB-7/1 |
| **A beteg neve:** | **A betegségmegnevezése:** |
| **A beteg születési dátuma:** | * **magyarul: Gennymellűség**
 |
| **A beteg lakcíme:** | * **latinul: Empyema thoracis**
 |
| **A beteg TAJ-száma:** | **A beavatkozás neve: VATS** |
|  | **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 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:……………………………………..…………….…... 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

Az elvégzett vizsgálatok alapján Önnél (gondozottjánál) gennymellűség fennállása állapítható meg. Ennek lényege, hogy a mellüregben a tüdő és a mellkasfal között genny gyűlt össze, emiatt a tüdő részben vagy teljesen összeesett állapotban van.

# A betegség leírása

Élettani körülmények között a mellüregben negatív nyomás, azaz enyhe szívóhatás uralkodik, ez tartja a tüdőt a mellkasfalhoz tapadva, kitágult állapotban. A tüdőfelszín és a mellkasfali mellhártya felszíne között kialakult gennygyülem miatt ez a szívóhatás megszűnik és a tüdőállomány rugalmasságánál fogva összeesik, összehúzódik. A tüdő így nem tud a légzésben kielégítően részt venni és gázcsere zavarok jelentkezhetnek. A mellüregben zajló gyulladás mellett az összenyomott tüdőszövet is gyulladásra hajlamos, így az enyhébb, légzészavart még nem okozó esetekben is, az összeesett tüdőterület gyulladása, a betegség folyamatos súlyosbodása fenyeget.

A betegség kórlefolyása 3 stádiumra osztható:

* 1. **Akut fázis**: mellhártya megvastagodás, alacsony sűrűségű, fertőzött folyadék felszaporodása jellemző
	2. **Átmeneti fázis**: a mellhártyán lepedék jelenik meg, a folyadék sűrű, zavaros vagy gennyes.
	3. **Krónikus fázis**: vaskos, kemény mellhártyakéreg, sűrű genny jelenik meg a mellüregben.

Minél tovább áll fenn a gennymellűség, annál valószínűbb további szövődmények kialakulása (tüdőgyulladás, tüdőtályog, sipolyképződés, súlyos

szeptikus állapot).

A korán felfedezett és időben mellkasi csövezéssel (drainezéssel), szükség esetén öblítő drainezéssel kezelt gennymellűség jól gyógyítható az esetek jelentős részében. Megkésett folyamat esetén a mellüreg műtéti átmosása, öblítése válhat szükségessé. A legsúlyosabb esetekben, azaz az átmeneti fázisban bekövetkezett egyes elváltozások után a drainezést követően már nyitott, nagy mellkasi műtét, hosszas, gyakran hónapokig tartó kezelés válhat szükségessé. A beteg általános állapotának, teherbíró képességének függvényében különböző kezelési tervek, beavatkozások ajánlottak.

Önnél a fent leírt betegség átmeneti fázisát állapítottuk meg, melyben, a mellüregben kocsonyás vagy sűrű gennyes folyadék szaporodott fel és a mellhártyáján fibrin lerakódás alakult ki. Szerencsés esetben még esélye lehet akár nagyobb mellkasi műtét nélkül is a gyógyulásra.

Amennyiben Ön a betegség előrehaladottabb stádiumában van (ezt kezelőorvosa jelezni fogja) a mellkas csövezése, a gennyes váladék kiszívása és a mellüreg átöblítése után újabb beavatkozásokat tervezünk a későbbiekben.

* **Abetegség 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.

# A műtét folyamata:

***A mellüreg videothoracoscopos átmosása (VATS)***

Régóta meglévő, nagyobb mennyiségű, a kicsapódott fehérjék miatt kocsonyás állagú vagy gennyes folyadékgyülem, illetve a mellhártyán lerakódott lepedék miatt Önnél nem elegendő a mellüreg egyszerű vagy öblítő drainezése. Ilyenkor feltétlenül szükséges a mellüreg, tükrözés segítségével történő átmosása, a nehezebben eltávolítható váladék alapos kimosása. Ezt nevezzük videothoracoscopos átmosásnak (VATS).

A műtétet általános érzéstelenítésben végezzük, melynek részleteiről és veszélyeiről az altatást végző orvos fogja Önt tájékoztatni.

A műtét lényege, hogy egy kis vágáson keresztül az orvos, töltőtoll vastagságú optikai szerkezetet (thoracoscop) vezet a mellüregbe két borda között. A beépített videokamera felnagyított képet vetít a mellüregről egy képernyőre. További kisebb vágások a vékonyabb műtéti segédeszközök bevezetésére szolgálnak, pl. elektromos kés, szívó- öblítő berendezés stb.



A thoracoscopia során lehetőség nyílik a mellhártya- lepedékek, a kocsonyás mellűri folyadék eltávolítására, a mellüreg célzott, alapos átmosására, mintavételre a mellhártyából és a tüdőből, a mellhártyagyulladás illetve a betegség stádiumának pontos megítélésére.

A műtét végén az eszköz segítségével célzottan, megfelelő helyre szívócsöveket (drain) helyezünk el.

A csövek segítségével tartósan szívjuk a mellüregben műtét után termelődő váladékot. Öblítő drainezés elhelyezése is szükséges lehet, mikor a mellüreg felső részén bevezetett csövön fertőtlenítő folyadékot, szükség esetén fibrint oldó anyagot juttatunk a mellüregbe, melyet az alsó részen bevezetett csövön szívunk ki, folyamatosan átmosva, átöblítve a fertőzött mellüreget.

Az esetek nagy többségében szívás hatására a tüdő kitágul és a csövek eltávolítása után is kitágult állapotban marad.

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

**GENNYMELLŰSÉG**

MELLKASSEB-7/1

A szívókezelés tartama nehezen állapítható meg előre. Ez a gennytermelődés mértékétől, jellegétől függ. Ilyenkor kénytelenek vagyunk az időnként hosszú hetekig tartó szívókezelést választani, esetenként ismételt szívócső cseréket is alkalmazni. A szívókezelés ideje alatt az Ön mozgása lényegesen korlátozott.

Gyakran előfordul, hogy a talált elváltozás vagy a kialakult szövődmény miatt nem lehet a műtétet a tervezett VATS útján befejezni, ezért - mivel Ön műtét közben aludni fog – kérjük, adja előzetes beleegyezését a műtét konverziójához, mely a műtét mellkasfal megnyitásával járó folytatását, befejezését jelenti.

# A műtét alternatívája, annak előnye/hátránya:

További szívókezelés. (Elhúzódó tályogüreg tisztulás).

# Az Ön esetében választott műtéti megoldás:

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

# Lehetséges műtéti szövődmények

1. **Általános megjegyzések:**
	* A tudomány mai állása szerint a kezelés eredményességéért és szövődménymentességéért 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)
	+ Összenövés(ek)

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

A mellüregi tükrözéssel kapcsolatos speciális szövődmények:

* + A tüdő nem tágul ki (pl. vaskos kéreg borítja)
	+ Áteresztés (pl. sipoly, tüdősérülés miatt)
	+ Drain nem megfelelő helyzetbe kerül
	+ Drain elzáródása, drain szétcsúszása a szívóról

# Műtét utáni kezelés

Közvetlenül a beavatkozás után az ágya mellett található központi szívó szerkezethez kell csatolnunk mellűri csövét és ez néhány napig, esetenként akár hosszabb ideig nem kapcsolható szét. A beavatkozást követően ágyában és az ágy körül van lehetőség mozgásra, folyadékot, ételt fogyaszthat.

Az alapbetegség miatt antibiotikumok adása szükséges. A mellkasi beavatkozások jelentős fájdalommal járhatnak, így az esetek többségében szükséges erős, néha kábító hatású fájdalomcsillapítók alkalmazása, injekciós formában. A beavatkozás utáni napokban több alkalommal is szükség van a mellkas röntgen vizsgálatára, mely a betegágy mellett vagy a röntgen átvilágítóban történik. Ellenőrizni kell a szívó drainek helyzetét, a tüdő tágultságát, folyadék- vagy levegőgyülem megjelenését a mellüregben. Időnként szükséges lehet a szívócsövek igazítása, átöblítése, időnként a steril körülmények közötti cseréjére.

Elbocsátása állapota függvényében történik, ideális esetben 7-10 napon. Varratszedés 14 napon várható. Otthonában javasolt a seb kötözése kétnaponta steril szigetkötszerrel. Műtét után alvadásgátló injekciót javasolunk, melynek tartamát kezelőorvosa tudatja és vényre felírja elbocsátása előtt.

# Műtéthatása az életmódra/életminőségre

A légzésfunkció javulásával és a genny kiürülésével az eredeti panaszok csökkennek. A műtét után akár fél évig is eltartó mellkasi fájdalom állhat fenn.

# A műtét lehetséges alternatívái

További szívókezelés.

# 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 kezelés elmaradása esetén a mellüregben található fertőzött váladék nem tud kiürülni és ezáltal a szomszédos szövetek, a mellüregi szervek súlyos gyulladása, elhalása, az egész szervezetet érintő, életet veszélyeztető toxikus, szeptikus állapot léphet fel. Sipoly kialakulása esetén a gennyes váladék a légutakba kerülhet, ezáltal az ellenoldali egészséges tüdőt is megfertőzheti vagy akár fulladást is okozhat.

# 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. |  |  |



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

**GENNYMELLŰSÉG**

MELLKASSEB-7/1

4.

3.

* + **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.

|  |
| --- |
| **BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT****GENNYMELLŰSÉG**MELLKASSEB-7/1 |
|  | 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 adóorvos szakképesítése és beosztása |  | A felvilágosítást adó orvos aláírása és pecsétje |  |
| A beavatkozást végzőorvos szakképesítése és beosztása |  | A beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje |  |

…………..…………………………………………………… A beteg vagy anyilatkozattételre 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 adóorvos szakképesítése és beosztása |  | 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:

Kelt:

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.**