

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

**LÉGMELL**

MELLKASSEB-5/1

|  |  |
| --- | --- |
| **A beteg neve:** | **A betegség/sérülés megnevezése:** |
| **A beteg születési dátuma:** | * **magyarul: Légmell**
 |
| **A beteg lakcíme:** | **latinul: Pneumothorax** |
| **A beteg TAJ-száma:** | **A beavatkozás neve: Video-thoracoscopos műtét (VATS- bullectomia)** |
|  | **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) **Légmell-et (Pneumothorax)** mutattunk ki.

# A betegség leírása

Élettani körülmények között a mellüregben negatív nyomás (szívóhatás) érvényesül, ez tartja a tüdőt kitágult állapotban. Amennyiben a mellkasfal sérülése vagy a tüdőfelszín sérülése következtében levegő jut a mellüregbe ez a szívóhatás megszűnik és a tüdőállomány rugalmasságánál fogva összeesik, összehúzódik.

A tüdőfelszín sérülése gyakran baleset nélkül "spontán" is bekövetkezhet, ha egy rajta lévő kis veleszületett, vagy az élet folyamán kitágult léghólyagocska (bulla) megreped. A tüdőléghólyagok tágulását bizonyos betegségek (asztma, időskori tüdőtágulás, a tüdő ismétlődő gyulladásos betegségei, kötőszöveti betegségek) válthatják ki.

Az egyik tüdő teljes összeesése még fiatal embereken is légzészavart, idősebb betegeknél pedig a részleges összeesés is akár életveszélyt okozhat. Légzészavart nem okozó esetben is, az összeesett tüdőterületen gyulladás, vizes majd gennyes mellhártyagyulladás kialakulása fenyeget. Minél tovább áll fenn a légmellűség, annál valószínűbb a szövődmények fellépése.

* **A betegség/sérülés 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:

***Video-thoracoscopos műtét – VATS***

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

A műtét lényege, hogy 2-3 cm-es metszésen keresztül száloptikás speciális videokamerát vezetünk a mellüregbe.

Amennyiben látható a tüdőn levő sérülés - ami általában a tüdőcsúcs területén van - két vagy

három további kis metszésen keresztül operációs műszereket vezetünk a mellüregbe és egy speciális varrógéppel elvarrjuk, levágjuk és eltávolítjuk a tágult, beteg területet.



Szükség esetén a mellhártyát a mellkas kupolából eltávolítjuk, vagy gyakrabban steril gyulladást kiváltó anyaggal dörzsöljük be, illetve elektrokoaguláljuk, hogy ezáltal is biztosítsuk a tüdő kitapadását.

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 – szükséges az Ön előzetes beleegyezése a műtét konverziójához, mely a műtét mellkasfal megnyitásával járó folytatását, befejezését jelenti.

A thoracoscopos műtét elvégezhetőségének speciális feltételei vannak. Amennyiben ezek nem adottak, úgy Önt a műtét erőltetésével veszélynek tennénk ki, ezért az Ön kifejezett kívánságára sem áll módunkban elvégezni. Kétségtelen, hogy a műtét utáni időszakban a sebfájdalom kisebb és talán a kozmetikai eredmény is jobb, de ezekért nem vállalhatjuk egy esetleges tartós egészségkárosítás kockázatát.

# A műtét műtéti alternatívája, annak előnye/hátránya:

A betegség stádiumától és kiterjedésétől függően több műtéti megoldás létezik:

Légmell esetén első lépésként mindig helyi érzéstelenítésben a körülményektől függően egy vagy két csövet (draint) vezetünk hegyes fémcsövön (trokáron) keresztül a mellüregbe. A csövek segítségével tartósan szívjuk a mellüregből az oda bekerülő levegőt.

Az esetek egy részében a tüdő felszín sérülése lezáródik és a szívás hatására a tüdő kitágul és a csövek eltávolítása után is kitágult állapotban marad.

Önnél a szívókezelés nem vezet eredményhez, javulási tendencia sem mutatkozik. Arra kell következtetnünk, hogy a tüdőfelszín sérülése olyan jellegű, hogy záródását csak a tüdőn elvégzett műtéttel lehet biztosítani, ezért tüdőműtétet ajánlunk.

A tüdőműtétet célszerű elvégezni akkor is, ha a légmell ismételten kiújul, vagy mindkét oldalon egyszerre, vagy egymás után jelentkezik. Bizonyos foglalkozások - búvár, pilóta, fúvós hangszeren játszó zenész stb.- esetében már az első jelentkezéskor is mérlegelendő a tüdőműtét elvégzése.

# 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)
	+ Összenövés(ek)

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

A mellkas csövezéssel, tükrözéssel kapcsolatos speciális szövődmények:

* + A mellkasfali seb gyulladása, fertőzése
	+ A tüdő nem tágul ki kellően
	+ Áteresztés (pl. tüdősérülés, sipoly miatt)
	+ Drain nem megfelelő helyzetbe kerül
	+ Drain elzáródása, drain szétcsúszása a szívóról
	+ Bőr alatti levegő gyülem (subcután emphysema)

A mellkasi műtétek után ritkán előfordul "idegzsába" a bordát kísérő idegekben, amit a sebgyógyulás során keletkező heg okoz. Ez általában jól kezelhető, az ideg műtéti felkeresésére és kiirtására elvétve lehet csak szükség. Amennyiben a műtét után nem sikerül a hörgőkben normális körülmények között is termelődő váladékot felköhögni, tüdőgyulladás megelőzése céljából szükség lehet a pangó váladék leszívására tubuson vagy hörgő tükröző segítségével. Speciális lélegeztető készülék alkalmazásával is meg lehet könnyíteni a köpet kiürítését és rendezni lehet az átmeneti légzési zavarokat.

A műtét utáni első órákban a mellkasfali seben keresztül néha levegő préselődhet a bőr alatti zsírszövetbe és itt a levegő a nyakra, az arcra és a hasfalra is eljuthat. Ez ártalmatlan jelenség, károsodást nem okoz, néhány nap alatt nyomtalanul eltűnik.

# Műtét/beavatkozás 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, mely mozgását jelentősen korlátozza.

A műtéti beavatkozást követően általában már a műtét utáni napon felkelhet, folyadékot fogyaszthat, de a mellüregben hagyott szívócsövek a mozgását jelentősen korlátozzák.

Mellkas megnyitás esetén a műtét fokozott terheléssel jár, ezért kiegészítő kezelés, a légzést és keringést támogató gyógyszeres kezelés szükséges lehet. Bizonyos esetekben- pl.: hosszú altatás, szövődményes műtét - szükségessé válhat az operált beteg Intenzív Osztályon történő kezelése, megfigyelése.

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 levegő gyülem megjelenését a mellüregben. Időnként szükséges lehet a szívócsövek igazítása, átöblítése, időnként a steril körülmények közötti cseréjére.

A mellűri szívást ideális esetben (nincs áteresztés, a tüdő kitágult) a 4-5 napon szüntetjük meg, ezt követő napon lehetőség szerint eltávolítjuk a mellűri csövet is. Másnap, ha a kontroll mellkas röntgen vizsgálat tágult tüdőt igazol, otthonába bocsátjuk. Elbocsátása állapota függvényében történik, ideális esetben 7-10 napon. Varratszedés 14 napon várható. Otthonában javasolt seb kötözése kétnaponta steril szigetkötszerrel. Műtét után alvadás gátló injekciót javasolunk, melynek tartamát kezelőorvosa tudatja és vényre felírja elbocsátása előtt.

# Műtét/beavatkozás hatása az életmódra/életminőségre

A mellűri szívó drainezéssel kezelt légmell után minden 6.-8. esetben a légmell kiújulására lehet számítani. Ez nem lehet ok arra, hogy minden esetben már az első jelentkezésekor tüdőműtétet végezzünk. Az időskori tüdőtáguláshoz társuló esetben a kiújulás gyakoribb, de a kezelésben a kényszerű türelem a beteg érdekét szolgálja.

VATS műtét esetén 96-98 %-ban, a nyílt mellkas műtét után 97-99 %-ban végleges a gyógyulás.

A kiújulás esélye 1-4 %, amely újabb gyógykezelést (szívókezelés vagy műtét) tehet szükségessé. Felhívjuk figyelmét arra, hogy az ellenoldali mellüregben is 5-15 % valószínűséggel légmell keletkezhet az élete folyamán, amely a fenti elvek szerint sikerrel kezelhető.

# A műtét/beavatkozás lehetséges alternatívái

Légmell esetén első lépésként mindig helyi érzéstelenítésben a körülményektől függően egy vagy két csövet (draint) vezetünk hegyes fémcsövön (trokáron) keresztül a mellüregbe. A csövek segítségével tartósan szívjuk a mellüregből az oda bekerülő levegőt.

Az esetek egy részében a tüdő felszín sérülése lezáródik és a szívás hatására a tüdő kitágul és a csövek eltávolítása után is kitágult állapotban marad.

Önnél a szívókezelés nem vezet eredményhez, javulási tendencia sem mutatkozik. Arra kell következtetnünk, hogy a tüdőfelszín sérülése olyan jellegű, hogy záródását csak a tüdőn elvégzett műtéttel lehet biztosítani, ezért tüdőműtétet ajánlunk.

A tüdőműtétet célszerű elvégezni akkor is, ha a légmell ismételten kiújul, vagy mindkét oldalon egyszerre, vagy egymás után jelentkezik. Bizonyos foglalkozások - búvár, pilóta, fúvós hangszeren játszó zenész stb.- esetében már az első jelentkezéskor is mérlegelendő a tüdőműtét elvégzése.

# 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

Ha a mellüregben kialakult levegő gyülemet nem szüntetjük meg, akkor a mellhártyákra gyakorolt izgató hatása miatt folyadékképződés indul meg a mellhártya felszíneken. Ez a folyadék felülfertőződhet és súlyos mellhártyagyulladás, mellűri gennyedés (empyema) alakulhat ki. Ez az egész szervezetet érintő súlyos fertőzést, életveszélyes állapotot válthat ki.

Ha a levegő gyülem fokozatosan pótlódik, és nem tud távozni a mellüregből, túlnyomás alakulhat ki a mellüregben. Ezáltal összenyomódik az ellenoldali, ép tüdő és súlyos légzési zavar léphet fel. Ugyanakkor a túlnyomás a szívet és a nagy ereket is átnyomja az ellenoldal felé, a nagy erek megtöretése révén akadályozva a szív munkáját, ami gyorsan kialakuló, súlyos keringési elégtelenséghez vezethet.



Az érintett oldalon a tüdő nem lélegzik, összenyomott állapotban gyulladás, később tályogosodás, vérzés alakulhat ki.

# 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 végzőorvos 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 ésbeosztása |  | A felvilágosítást adó orvos aláírása és pecsétje |  |
| A beavatkozást végző orvos szakképesítése ésbeosztása |  | 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):

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.**