|  |
| --- |
| **BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT****NYELŐCSŐ DAGANAT**SEB-30/1 |
| **A beteg neve:** | **A betegség megnevezése:** |
| **A beteg születési dátuma:** | * **magyarul: Nyelőcső daganat**
 |
| **A beteg lakcíme:** | * **latinul: Tu. oesophagi**
 |
| **A beteg TAJ-száma:** | **A beavatkozás neve: Resectio oesophagi (nyelőcső részleges vagy teljes eltávolítás), intubatio (nyelőcső sztent), gastrostomia (tápláló gyomor tubus beültetése), jejunostomia (vékonybélbe tápláló kanül beültetése)** |
|  |

# 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) **nyelőcső daganatot** mutattunk ki, illetve nagy valószínűséggel panaszait **jó** vagy rosszindulatú folyamat okozza.

# A betegség leírása

A betegség lényege a nyelőcsőben szűkületet okozó szövetszaporulat, melynek természetéről a szövettani vizsgálat alapján lehet véglegesen nyilatkozni. Kialakulásában szerepet játszó tényezők közé tartozik a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a nem (férfiaknál kb. 9-szer gyakoribb), illetve néhány már korábban meglévő jóindulatú nyelőcső elváltozás. A megbetegedés fő tünetei közé tartozik a nyelési nehezítettség, mely a teljes nyelési képtelenségig fokozódhat, a szegycsont, illetve gyomorszáj körüli fájdalom, a hányás és a jelentős súlyveszteség.

* **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 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 daganat elhelyezkedése jelentősen befolyásolja, hogy milyen behatolásból érhető el a folyamat. A metszést vezethetjük a mellkason, a hason, a nyakon, illetve ezek kombinálásával. Válogatott esetekben lehetőség van a műtét ún. minimalinvazív módon történő elvégzésére, mely során a műtét hasi és/vagy mellkasi részét is laparoscopos eszközökkel végezzük pár cm-es lyukakon keresztül. Erről kezelőorvosa a műtét előtt tájékoztatni fogja. Minimalinvazív módon kezdett műtét során bármely okból, bármikor előfordulhat, hogy e módszerrel nem folytatható a műtét és hagyományos (nyitott) módon vagyunk kénytelenek azt befejezni. Az eltávolított nyelőcsőszakaszt pótoljuk gyomorral, vékony-, illetve vastagbéllel. Sajnos előfordulhat, hogy a folyamat kiterjedése olyan fokot ér el, hogy a tumor eltávolítása sebészileg már nem lehetséges. Ilyenkor a nyelési nehezítettség megszűntetésére, és a nyelés fenntartására egy speciális csövet ültetünk a beteg szakaszba. Bizonyos esetekben (*túl nagy kiterjedés, a gyomorszájra való ráterjedés esetén*) ez is kivitelezhetetlen, ilyenkor a gyomorba vagy a vékonybélbe ültetünk egy speciális szilikon csövet (*gastrostoma, illetve jejunostoma*), melyet

a hasfalon át kivezetünk. Ezt a csövet később sem távolítjuk el. Ezen keresztül lesz biztosítható a további táplálás. Ehhez speciális tápszerek szükségesek, melyekkel ellátjuk Önt.

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

A betegség stádiumától és kiterjedésétől függően **több** műtéti megoldás létezik. A műtéti tájékozódást lehet

laparoszkóposan (a hasfalon, kis

lyukakon áthatoló eszközzel, így nem lesz nagy

metszés) végezni, annak

megállapítására, hogy van-e áttét a hasban, elvégezhető-e hasi szervvel a kivett nyelőcső pótlása.

Nyelőcső daganat esetén a nyelőcső részleges vagy teljes eltávolítását kell végezni.

* ***A nyelőcső részleges vagy teljes eltávolítása, pótlás gyomorral, vastagbéllel***: ebben az esetben a nyelőcső daganat elhelyezkedésétől függően hasi, vagy kombinát hasi/mellkasi behatolásból vagy minimalinvazív módszerrel a beteg nyelőcsőszakaszt eltávolítjuk, és a hiányzó részt a gyomorból képzett csővel vagy vastagbéllel helyettesítjük



A műtéthez hozzátartozik a környező nyirokcsomók eltávolítása. Egyes esetekben, ha a daganat nem

életfontosságú szervvel kapcsolódik össze, akkor azt a daganattal együtt, a gyógyulási kilátások javítása szempontjából eltávolítjuk. Ezen szervek eltávolítására azért van szükség, mert a gyógyulás reményét akkor tartjuk meg, ha daganatos szövetet a szervezetben nem hagyunk vissza.

* **Tüneteket kezelő vagy megelőző műtét (palliatív műtét):** amennyiben a daganat eltávolítása környező szervekre terjedés vagy áttétek miatt nem jön szóba lehetőség van tüneteket kezelő vagy megelőző műtét

végzésére. Várható ugyanis, hogy a továbbiakban a daganat a nyelőcső teljes elzárása miatt teljes

nyelésképtelenséget fog okozni. Emiatt alternatív táplálási lehetőségre van szükség. Ezen beavatkozások mellett a daganat benne marad a szervezetben, csak a panaszmentes időszakot tudjuk meghosszabbítani. A nyelőcső eltávolító műtét időtartama kb. 5 - 7 óra. A tüneteket kezelő, illetve megelőző beavatkozásoké rövidebb kb. 1 - 1,5 óra.

* Jejunalis tápláló katéter beültetése (vagyis speciális műanyag cső beépítése

a hasfalon keresztül a

vékonybélbe). Az eljárást mind a részleges vagy teljes nyelőcső eltávolító műtéteknél, mind a tüneteket kezelő beavatkozásoknál alkalmazhatjuk. Lényege, hogy átmeneti, vagy tartós célzattal a beteg ún. bélrendszerbe történő táplálása ezen a csövön keresztül fog történni.

* **Gyomorba vezető tápláló katéter beültetése** (vagyis speciális műanyag cső beépítése a hasfalon keresztül a gyomorba). Az eljárást, mint a tüneteket kezelő beavatkozást alkalmazhatjuk. Lényege, hogy átmeneti, tartós célzattal a beteg ún. bélrendszerbe történő táplálása ezen a csövön keresztül fog történni.
* Nyelőcső sztent (áthidaló fém tubus) beültetése (vagyis speciális öntáguló fémhálós speciális bevonattal bíró cső bevezetése a nyelőcső szűkült szakaszába Az eljárást, mint a tüneteket kezelő beavatkozást alkalmazhatjuk. Lényege, hogy tartós célzattal a beteg nyelésképességét a szűkült szakaszt áthidaló és kitágító speciális csővel biztosítjuk.

# 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:

* + ***Varrat elégtelenség*** (előfordulása a nyelőcső anasztomózisoknál is 10% körül fordul elő)
	+ ***Anasztomózis (varrat) szűkület*** (általában gyógyszeres kezelésre rendeződik)
	+ ***Tüdősérülés***
	+ **Légmell**
	+ **Mellkasi folyadékképződés**
	+ **Gátor gyulladása**
	+ ***A műtét halálozása 5-10 %***

# Műtét/beavatkozás utáni kezelés

A műtét után a beteg visszakerül az osztályra kivéve, ha megterhelő műtét volt, vagy ha az Ön szervezete rosszul tűrte a beavatkozást. Ezekben az esetekben az Intenzív Osztályra kerül ahonnan, ha eléggé megerősödött kerülhet csak vissza a Sebészeti Osztályra.

A műtét után várhatóan különféle csövek lesznek rögzítve a testéhez, melyek a következők lehetnek:

* + hasi csövek (drének), (a hasüregből, a műtéti területről kivezetik a váladékot, néhány nap után távolítjuk el)
	+ Mellkasi csövek, melyek a mellkasból vezetik ki a váladékot illetve biztosítják a tüdő kitágulását
	+ gyomorszonda (az orron keresztül a gyomorba vezetett cső)
	+ vizelet katéter (a húgycsőbe vezetett katéteren át biztosított a vizelet ürülése, amíg fel nem tud kelni)
	+ infúziós kanülök a karban illetve a vállban/nyakban (ezeken keresztül kap folyadékot, amíg szájon át nem tud elegendőt bevinni)
	+ oxigén-orrszonda (az orrlyukba benyúló végű szonda, amin át oxigénadagolás lehetséges)
	+ fájdalomcsillapító kanül (a háton a gerinccsatornába bevezetett vékony kanül)
	+ jejunális tápláló katéter (speciális műanyag cső, amelyet a hasfalon keresztül vezetünk a vékonybélbe, táplálás biztosítására

A fájdalomcsillapítást az infúzióhoz vagy izomba adott gyógyszerekkel biztosítjuk, illetve a gerincbe helyezett fájdalomcsillapító kanülön keresztül, az első napokban rendszeresen, majd igény szerint.

Nyelőcső eltávolítás esetén 7-8 napig szájon keresztül nem táplálkozhat, ezután fokozatosan vezetjük be a diétáját. Általában 7 napig tart a koplalás, majd kontrasztanyag nyeléses röntgen vizsgálat következik. Amennyiben ez kórosat nem talált, ihat, majd fokozatosan ehet is.

A műtéti sebeken lévő kötést rendszeresen ellenőrizzük, a varratokat a 10-14. napon távolítjuk el. A hazaengedés időpontja szövődmény nélkül a 14. napon várható.

# Műtét/beavatkozás hatása az életmódra/életminőségre

A nyelőcső eltávolítást követően annak hiányával együtt lehet élni, a lábadozási időszak elteltével a munkába vissza lehet térni, bármely szabadidős tevékenységet folytatni lehet. A hasfal kímélése érdekében nehezet emelni legalább 6 hétig nem ajánlott. Speciális diétát kell tartani a műtét utáni időszakban, később a diéta bővíthető. Bármely ételt szabad fogyasztani, egyéni tapasztalat mutatja, meg mely ételeket tolerálnak rosszabbul a betegek. Leggyakrabban a tejtermékek, puffasztó és fűszeres ételek okoznak panaszt. Fontos az alapos rágás, eleinte akár pépesítés! A megfelelő kalória-bevitelhez javasolt naponta 5 - 6-szor, vagy többször is étkezni. Fontos, hogy egyszerre csak kisebb mennyiségű ételt, italt szabad fogyasztani.

A műtét után kb. 2 hónap múlva fogja elérni azt a fizikai állapotot, hogy könnyű fizikai munka végzésére alkalmas lesz. A további terhelhetősége attól függ, hogy terhelés mellett a testsúlyát tudja-e tartani vagy nem. A nyelőcső eltávolításon átesett betegek általában könnyű fizikai munkára és irodai szellemi munkára teljes munkaidőben alkalmasak.

# A műtét/beavatkozás lehetséges alternatívái

Egyes, ritka daganattípusok esetén onkológiai kezelés részben vagy teljesen helyettesítheti a sebészeti beavatkozást, de a legtöbb esetben sebészeti beavatkozás nélkül a gyógyulás esélytelen.

# 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

A nyelőcsőrák, kezelés nélkül néhány hónap, év alatt a beteg halálát okozhatja. A növekedő daganat nyelésképtelenséget okoz, akár életveszélyes mértékben vérezhet, a nyelőcsövet úgy szűkítheti, hogy a táplálkozást lehetetlenné teszi, a környező szervekre terjedhet gátolva azok működését és áttéteket képezve, szétterjedve a szervezetben általános leromlást okozhat. A pontos kilátások attól függnek, hogy a daganat mennyire előrehaladott. Diétás vagy gyógyszeres kezeléstől eredmény nem várható. Az egyetlen, ami gyógyulást jelenthet a daganat sebészi eltávolítása. Ez tehát azt jelenti, hogy a daganatot, amennyiben még lehetséges mielőbb el kell távolítani.

# 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. |  |  |



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

**NYELŐCSŐ DAGANAT**

SEB-30/1

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****NYELŐCSŐ DAGANAT**SEB-30/1 |
|  | 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 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.**