|  |
| --- |
| **BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT****ROSSZINDULATÚ EMLŐELVÁLTOZÁS**SEB-34/1 |
| **A beteg neve:** | **A betegség megnevezése:** |
| **A beteg születési dátuma:** | * **magyarul: Rosszindulatú emlőelváltozás**
 |
| **A beteg lakcíme:** | * **latinul: Tu. mammae malign.**
 |
| **A beteg TAJ-száma:** | **A beavatkozás neve: Részleges vagy teljes emlőeltávolítás, hónalji nyirokcsomók eltávolítása** |
|  | **A beavatkozás oldala: jobb bal** |

## Kedves Betegünk (Törvényes képviselő / Meghatalmazott / Támogató)!

A beavatkozás, amelyet tervezünk invazív jellegű, melyhez az Ön beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt tájékoztatjuk a betegségéről/sérüléséről, a beavatkozás javasolt módjáról, alternatíváiról, következményeiről, ezek jövőbeli életmódjára kiható hatásairól, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, illetve a kezelés lehetséges korai és késői szövődményeiről.

1. / **Cselekvőképtelen**, vagy az egészségügyi jognyilatkozat-tételi ügycsoportban cselekvő-képességében részlegesen korlátozott, vagy az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatóval rendelkező személy esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai /kérjük a bírói végzés csatolását/:

Név:……………………………….………….……….…... Születési idő:……………………………………..……..………

Anyja neve:……………………………………..….. Lakcíme ……….:………………………..……………………………..

1. / **Meghatalmazás** esetén a nyilatkozattevő személy adatai és rokonsági foka (meghatalmazás esetén kérjük a közokiratba, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt meghatalmazás csatolását):

Név:……………………………………..…………….…... Születési idő:……………..……………..……………………… Anyja neve:………………………………………… Rokonsági foka:……………………………….…………………...…... Lakcíme:…………………………………………………………….…….…….…..………………………..…………………

1. / **Meghatalmazás hiányában**, a beteg cselekvőképtelensége miatt a nyilatkozattevő személy adatai és rokonsági foka (név, születési idő, anyja neve,

Név:……………………………………..…………….…... Születési idő:……………..……………..……………………… Anyja neve:………………………………………… Rokonsági foka:……………………………….…………………...…... Lakcíme:…………………………………………………………….…….…….…..………………………..…………………

**Meghatalmazás hiányában a nyilatkozattevő személy:**

1. a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában
2. a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes

ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában,bb) gyermeke, ennek hiányában, bc) szülője, ennek hiányában, bd) testvére, ennek hiányában, be) unokája

1. a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes

ca) gyermeke, ennek hiányában, cb) szülője, ennek hiányában, cc) testvére, ennek hiányában, cd) nagyszülője, ennek hiányában, ce) unokája

## A betegség megnevezése

Panaszai és az eddig elvégzett vizsgálatok alapján Önnél (gondozottjánál) az emlőben rosszindulatú elváltozást diagnosztizáltunk.

## A betegség leírása

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

A rosszindulatú emlődaganatot világviszonylatban az első három leggyakrabban előforduló daganattípus között tartják számon, döntő többségében a nőket érinti, mindössze az esetek 1 %-a fordul férfiakban elő. Életkor szempontjából a középkorú és idősebb populációt fenyegeti, de egyre több alkalommal észleljük előfordulását 30-as életévében járó vagy annál fiatalabb betegeknél is.

Az emlő mirigyállományának sejtjeiből, illetve a tejutakat alkotó sejtekből is kialakulhat, számos szövettani típusa ismert, mely befolyásolja a kezelési elveket.

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

Előrehaladott esetekben a műtétet onkológiai kezelés előzi meg, mely állhat gyógyszeres (kemoterápiás és hormonális hatású szerekből), illetve besugárzásból. Ennek célja a daganat, illetve a hónalji áttétek megkisebbítése, jobb feltételek teremtése a műtét hatékonysága érdekében.

* **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 betegség stádiumától és kiterjedésétől függően több műtéti megoldás létezik:

### Drótjelöléses kimetszés (excisio, lumpectomia):

Igen kisméretű, nem tapintható emlődaganat eltávolítása előtt, ennek jelölése szükséges a lehető legkisebb, de biztonságos szöveteltávolítás érdekében. A műtét reggelén mammographiás laboratóriumban ultrahang segítségével vékony drótot vezetnek a daganatba, ezáltal a műtét során csak a drót körül elhelyezkedő emlőszövet kerül eltávolításra. A daganatos szövet helyes eltávolítását a műtét során eltávolított szövet azonnali röntgen vizsgálatával igazoljuk. Szükség esetén ébresztés előtt a kimetszés kiterjesztését végezzük el.

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

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



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

### Emlő eltávolítás (mastectomia):

A teljes emlőeltávolítások száma a sebészeti szemléletváltozás következményeként jelentősen csökkent, az arány az emlőmegtartó műtétek javára tolódott el. Kisebb számban, de mai is kényszerülünk az érintett emlő teljes eltávolítására, melynek oka lehet egy emlőn belül több tumoros góc jelenléte, vagy ha a daganat olyan méretű, ami az emlő megtartását nem teszi lehetővé, esetleg olyan előrehaladott a folyamat, ami kisebb méretű beavatkozással nem megoldható.

Teljes emlőeltávolítás során az emlő bőrét, illetve a mirigyállományt egy babérlevél alakú metszésből eltávolítjuk a mellkasfali izomzat megkímélésével. Csak igen ritka és indokolt esetekben kerülhet sor arra, hogy a mellkasfali izomzat részleges eltávolítása is a műtét része legyen.



Az emlőműtétek során törekszünk, a legújabb onko-plasztikai elveknek megfelelően, az utólagos emlőpótlás feltételeit biztosítani.

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

Amennyiben a hónalji nyirokcsomóáttét a kivizsgálás során nem igazolódik, a műtét során eltávolítjuk a daganatos terjedés útjának első kapuját, az első nyirokcsomót, ún. őrszem nyirokcsomót. Ezen betegeinknél a műtétet megelőző az érintett oldali emlőbe az izotóplaborban vékony tűvel radioaktív izotóppal jelölt anyagot juttatnak be, mely az emlő természetes nyirokkeringésének útján bekerül az őrszem nyirokcsomóba, és megjelöli azt.

A műtét során az emlődaganat kimetszésén túl egy gamma-szondával (a radioaktív impulzusok detektálására használt eszköz) felkeressük az őrszem nyirokcsomót (döntő többségében a folyamattal azonos oldali hónaljárokban helyezkedik el), és eltávolítjuk azt, ami az esetek egy részében külön kis bőrmetszést igényel.

Ha a végleges szövettani feldolgozás a nyirokcsomót a tumoros folyamat által érintettnek írja le, akkor egy második műtét során az azonos oldali hónaljárokból az itt található zsírszövetet a benne elhelyezkedő összes nyirokcsomóval együtt eltávolítjuk.

### Hónalji nyirokrendszer eltávolítása (axilláris block-dissectio):

Azon esetben, mikor a műtét előtt már ismert és igazolt a hónalji nyirokcsomók daganatos érintettsége, a műtét során a daganat megfelelő eltávolításán kívül a hónalji zsírszövetet a benne lévő nyirokcsomókkal együtt eltávolítjuk (un. axillaris-block). A daganat helyének függvényében a hónalji nyirokrendszer eltávolítása történhet az emlő sebével egyazon behatolásból, vagy egymástól távoli lokalizáció esetén külön bőrmetszésből.

Ennek során a karra kifutó nagy erek (hónalji artéria és véna) és idegfonat megkímélésével távolítjuk el a kóros nyirokcsomókat is tartalmazó hónalji zsíros állományt.

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

Természetesen minden eltávolított emlő vagy nyirokcsomórészlet szövettani feldolgozásra kerül.

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

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

A betegség stádiumától és kiterjedésétől függően **több** műtéti megoldás létezik. A műtéti ellátás elutasítása esetén onkológus kezelőorvosával egyeztetve születik döntés a további kezelésről .

## Az Ön esetében választott műtéti megoldás:

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

## Lehetséges műtéti szövődmények

1. **Általános megjegyzések:**
	* A tudomány mai állása szerint a kezelés eredményességéért és szövődménymentességért nem vállalhat abszolút garanciát a kezelőorvos.
	* Bármely műtéti beavatkozásnál előfordulhatnak olyan kisebb, illetve jelentősen csökkenő gyakorisággal súlyos vagy rendkívül súlyos, akár halálhoz vezető károsodások, szövődmények, melyek a kezeléseknek nem szükségszerű velejárói, melyek bekövetkezte az orvos elvárható gondossága és körültekintése melletti betegellátás esetén is kialakulhatnak, és bekövetkeztük nem látható előre, ezért eleve el sem háríthatók.
	* Értelemszerű, hogy ezekért a műtétet/beavatkozást végző személyt nem terheli felelősség, ezt a kockázatot a betegnek kell vállalnia, amikor beleegyezést ad a műtéthez. Ilyen kockázati tényezők pl. a szokatlan anatómiai viszonyok, más társuló betegség vagy kóros állapot, a szervezet szokatlan reakciója a műtét során felhasznált anyagokra illetve magára a műtéti beavatkozásra, nem sterilitási hibából fakadó ún. endogén fertőzés, megfelelő tanúsítvány ellenére előforduló anyaghiba. Mindezek a mindennapi gyakorlatban vérzés, utóvérzés, véletlen sérülés, belső varratelégtelenség, varratkilökődés, sebgennyedés vagy sebgyógyulási zavar, a várttól elmaradó gyógyeredmény illetve késői szövődmények (pl. hegesedés vagy hasüregi műtétek utáni bélösszenövések talaján kialakuló működési zavar) formájában jelentkezhetnek, de ezek statisztikai gyakorisága messze elmarad a műtét nélkül bekövetkező állapotromlás valószínűségéhez képest.
	* A szövődmények, kockázatok elkerülése céljából a szakmai protokolloknak megfelelően alkalmazunk trombózis és antibiotikum profilaxist, illetve mindent elkövetünk a műtéttel összefüggő esetleges szövődmények, kockázatok időben történő felismeréséért és e következmények megszüntetéséért.
	* A szövődmények együttes jelentkezése sajnálatosan növeli az életveszélyes és/vagy halálos kimenetelű műtéti szövődmények esélyét.
	* Amennyiben bármilyen szövődmény lép fel, osztályunk, illetve társintézményeink rendelkeznek az annak elhárításához szükséges eszközökkel és megfelelően képzett szakemberekkel.

|  |  |
| --- | --- |
| **A beteg/nyilatkozattételre jogosult aláírása:** |  |
| A Tanú 1. aláírása (kizárólag, ha szóban történik a nyilatkozattétel): |  |
| A Tanú 2. aláírása (kizárólag, ha szóban történik a nyilatkozattétel): |  |

## Általános (heveny vagy késői) műtéti szövődmények lehetnek tehát:

* + Vérzés, utóvérzés
	+ Érsérülés(ek)
	+ Idegsérülés(ek)
	+ Szomszédos szervek sérülése(i)
	+ Embólia, trombózis
	+ Gyulladás (helyi vagy általános)
	+ Sebgyógyulási zavar
	+ Bőrsérülések (pl: elektromos áram, fertőtlenítőszerek okozta)
	+ Hegesedés(ek)
	+ Összenövés(ek)

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

Az emlőműtétek speciális szövődményként kell megemlíteni:

* + Szoptatási képesség elvesztése az operált oldali emlőből.

A hónalji nyirokcsomók eltávolításával kapcsolatos speciális szövődmények is jelentkezhetnek:

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

## Műtét/beavatkozás utáni kezelés

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

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

A sebészi szak lezajlását követően a végleges szövettani eredmény birtokában onkológián további kezelés megbeszélésére jelentkeznie kell!

## Műtét/beavatkozás hatása az életmódra/életminőségre

A műtétet követően kialakult anatómiai helyzet, különösen teljes emlőeltávolítás esetén kihatással lehet az életminőségre, a pszichés állapotra, ennek kezelésére, több lehetőség áll rendelkezésre az esetleges gyógyászati segéd eszközökön túl a plasztikai sebészeti megoldásokig, s felmerülő problémák kezelésre pszichológus segítségét is igénybe tudjuk venni

## A műtét/beavatkozás lehetséges alternatívái

Sugárkezelés, kemoterápia

## A műtét/beavatkozás elmaradásának előnye

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

## A műtét/beavatkozás elmaradásának veszélyei

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

## A műtét/beavatkozás kiterjesztése

1. Kezelőorvosom tájékoztatott, hogy a jelen műtét/beavatkozás során előfordulhat, hogy annak olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely előre nem volt látható. Felhívta figyelmem, hogy ezen esetekben a műtét felfüggesztése, a kiterjesztés elhalasztása számomra jelentene káros megterhelést, és a későbbiekben esetlegesen újabb műtétet tenne szükségessé. Ezúton felhatalmazom kezelő-orvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a beavatkozást a szükséges mértékben gyógyításom érdekében belátásuk szerint kiterjesszék/megváltoztassák különösen, ha azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy annak elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet jelentene.
2. Kezelőorvosom tájékoztatott, hogy a hatályos törvények szerint, amennyiben a beavatkozás (1) bekezdés szerinti kiterjesztése a valamely szervemnek vagy testrészemnek elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, a beavatkozás kiterjesztése – erre irányuló beleegyezésem hiányában – csak közvetlen életveszély fennállása esetén vagy abban az esetben végezhető el, ha annak elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet jelentene. Ezen információt megértettem, és ennek birtokában, szabad akaratomból felhatalmazom kezelőorvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a beavatkozás kiterjesztését akkor is elvégezzék, ha az valamely szervemnek vagy testrészemnek elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne.

## Kérjük, segítsen nekünk…..

…azzal, hogy a fenti ismertető áttanulmányozása után kezelőorvosa utasításait pontosan betartja, segíti a vizsgálatok és kezelések kivitelezését, a feltett kérdésekre pontos válaszokat ad, mivel azok a lehetséges szövődmények kivédésében, azok korai felismerésében döntő fontosságúak lehetnek.

## Beszélje meg orvosával…

….. a betegségével, a tervezett beavatkozással, illetve az esetleges szövődményekkel kapcsolatos kérdéseit.

**A beteg kérdései, valamint a kérdésekre adott válaszok (amennyiben indokolt a nyilatkozat végén folytatni kell!):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| . | A beteg kérdései | Az orvos válaszai |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

* + **Kérjük válaszoljon kérdéseinkre…**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Szed-e (gondozottja) rendszeresen gyógyszert? | Igen Nem(ha igen, a következő(ke)t): |  |
| 2. | Ismert-e allergia (pl.: gyógyszer, élelmiszer, ragtapasz stb.)? | Igen Nem(ha igen, a következő(ke)t): |  |
| 3. | Tud-e anyagcsere-zavarról (pl.: cukorbetegség, ún tárolási betegségek): | Igen Nem(ha igen, a következő(ke)t): |  |
| 4. | Tud-e öröklött vagy szerzett vérzékenységéről? | Igen Nem(ha igen, a következő(ke)t): |  |
| 5. | Tud-e öröklött vagy szerzett fokozott vérrög-képződési/trombózis) hajlamáról, betegségéről? | Igen Nem(ha igen, a következő(ke)t): |  |

* + **A beteg egyéb nyilatkozatai a kezelőorvosi tájékoztatás után:**
		- Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt, vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.
		- Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék.
		- Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások elutasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem.
		- Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.
		- Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.
		- Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozásba való beleegyezésem bármikor (de legkésőbb a műtéttel/beavatkozással kapcsolatos altatás/érzéstelenítés megindításáig) alaki kötöttségek nélkül (akár szóban is) visszavonhatom.
		- Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti betegtájékoztatót. Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.
		- Nyilatkozom, hogy a kérdéseimet feltehettem, a kérdéseimre számomra kielégítő választ kaptam,
		- Megértettem, hogy a Magyarországon elfogadott, orvosom által ismert és gyakorolt műtétben/kezelésben részesülök. A számomra ajánlott protokollokról számomra érthető felvilágosítást kaptam
		- A műtét/kezelés után javasolt életmódról, esetleges további ellátásokról kezelőorvosomtól bent tartózkodásom alatt folyamatosan, továbbá a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

|  |  |
| --- | --- |
| A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos szakképesítése: |  |
| A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos beosztása: |  |

## Beleegyező nyilatkozat

* + - Ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok a fenti beavatkozás elvégzéséhez.
		- A javasolt gyógymód szükségességéről, kivitelezésének módjáról, kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményekről és a várható következményeiről kielégítő tájékoztatást kaptam.
		- A tájékoztató lap tartalmát és a szóbeli felvilágosítást megértettem és kijelentem, hogy kérdéseim gondosan megválaszolásra kerültek. További kérdésem nincs.
		- Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek.
		- Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, amelyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.
		- Ennek alapján, a fenti tájékoztató áttanulmányozása és a szóbeli felvilágosítás után beleegyezem abba, hogy rajtam (gondozottamon) az alábbi kezelést, illetve annak esetlegesen szükségessé váló kiterjesztését elvégezzék.

…………………………………………………………… A beavatkozás/műtét tervezett dátuma

A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje

Orvos pecsétje:

Orvos aláírása:

…………………………………………………………… A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

1. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, azaz ha szóban történik a nyilatkozattétel): Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

……………………………………………………………

1. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, ha szóban történik a nyilatkozattétel): Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

…………………………………………………………… Kaposvár, ….… év …… hó …... nap .... óra …... perc

## Elutasító nyilatkozat

Amennyiben **NEM FOGADJA EL a javasolt kezelést**, kérjük, írja alá az alábbi nyilatkozatot:

A kezelőorvos részletes felvilágosítása―mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményekre is kitért ― ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A felvilágosítást adó orvos szakképesítése ésbeosztása |  | A felvilágosítást adó orvos aláírása és pecsétje |  |
| A beavatkozást 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:

Neve: Anyja neve: Lakcíme:

**…** **…-t**

A beteg által megnevezett, nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

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:

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.**