|  |
| --- |
| **BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT****GÖBÖS GOLYVA**SEB-35/1 |
| **A beteg neve:** | **A betegség megnevezése:** |
| **A beteg születési dátuma:** | * **magyarul: Göbös golyva**
 |
| **A beteg lakcíme:** | * **latinul: Struma nodosa**
 |
| **A beteg TAJ-száma:** | **A beavatkozás neve: PM lebeny eltávolítás** |
|  | **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 endokrinológiai kivizsgálás a pajzsmirigy megnagyobbodását és/vagy göbösségét és/vagy túlműködését mutatta ki.

## A betegség leírása

A pajzsmirigy a nyak elülső részén a légcső előtt helyezkedik el, jobb és bal lebenyét egy híd („isthmus”) köti össze.



Ha a pajzsmirigy bármely okból megnagyobbodik, akkor golyváról („strumáról”) beszélünk. Gyakran a pajzsmirigy

megnagyobbodása a mirigy normál szerkezetétől eltérő göbök kialakulásával jár együtt (göbös struma).

Kialakulásában a csökkent, illetve túlzott jódbevitelnek valamint bizonyos hormonális és immunbetegségeknek lehet

szerepe. A pajzsmirigy hormontermelő szerv, hormonjai szabályozzák anyagcsere befolyásolják hőegyensúlyunkat és szívritmusunkat is.

folyamataink egy részét,

A hormontermelés alapján pajzsmirigyünk működése lehet normál szintű, túlműködő, illetve alulműködő. A mirigyszerkezet alapján megkülönböztetünk homogén módon (egyenletesen) megnagyobbodott diffúz strumát vagy göböt, göböket tartalmazó strumát.



A megnagyobbodott göbös pajzsmirigy nyomhatja a légcsövet, nyelőcsövet és ritkán a nyakról a szegycsont alá leterjedve fulladást vagy nyelési nehézséget okozhat. A pajzsmirigyszövet ritkán előfordulhat nem megszokott helyen is, így a mellüregben, a gátor üregben (két tüdőlebeny közötti terület). Ha a strúma a megnagyobbodás és

göbös elfajulás mellett túlműködő (túl sok hormont termel) úgy ez magyarázata lehet a panaszokban szereplő fogyásnak, izzadékonyságnak, szapora vagy rendetlen szívműködésnek, kézremegésnek és hajhullásnak is.

A megnagyobbodást, göbösödést mutató golyva elsődleges kezelése az endokrinológus által irányított gyógyszeres kezelés. Ez a kezelés azonban ritkán akadályozza meg a kezdeti göbösség kialakulását. Ha a göb-képződés jelentőssé válik és a pajzsmirigy megnagyobbodásában, göbösödésében valamint esetleges túlműködésében a konzervatív kezelés ellenére nem következik be javulás, akkor az endokrinológussal egyetértésben, az általa is javasolt műtétet fogjuk felajánlani Önnek. Ha a göbös struma növekedése jelentős és nyomási tünetekkel párosul, akkor egyre súlyosbodó légzési panaszok és akár fulladás is bekövetkezhet. Kezdeti enyhe nyelési panaszai a teljes táplálkozási képtelenségig juthatnak. A növekvő göbös golyva, nyomást gyakorolhat a hangszalagokat beidegző idegekre, emiatt eleinte csak hangszínváltozás, később rekedtség alakulhat ki.

A göbös, megnagyobbodott struma fokozott hormontermeléssel is járhat, amelyre a beteg nagyfokú feszültsége, idegessége, kézremegése, fogyása, heves szívdobogásérzése, hasmenés, a szemek kidülledése, és alvászavar is jellemző. Amennyiben túlműködés áll fenn, úgy elsősorban az endokrinológus által beállított gyógyszeres kezeléssel kell a gyógyítást elkezdeni. Ha ez nem elég hatékony, akkor, ezt követően a jód-radioizotópos kezelés, illetve a műtét lehetősége kerül előtérbe.

## A műtéti eljárás(ok)

1. **Általános megjegyzések:**
	* A műtétet általános 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 pajzsmirigyet a nyakon vezetett ívelt, a nyak bőr redőibe illeszkedő metszésből tárjuk fel. A műtét típusa a betegség kiterjedésétől függően többféle lehet. Lehet, hogy csak egy esetleges cysta eltávolítására lesz szükség, de az esetek döntő többségében az érintett lebeny teljes eltávolítása szükséges (lobectomia). Mindkét lebeny göbössége, rosszindulatú daganat fennállta és/vagy gyanúja, valamint túlműködés esetén mindkét lebenyt eltávolítjuk (thyreoidectomia). Ha a struma a mellcsont alá mélyen leterjed, akkor nagyon ritkán szükség lehet a mellcsont átvágásával kiegészített műtétre. A mellüregben (gátorüregben), a pajzsmirigytől független, göbösen elfajult golyva eltávolításához a mellkas megnyitására is szükség lehet. A műtét után, az eltávolított mirigyállomány helyén szívócsöveket hagyunk vissza, amelyek a termelődő szövetnedvet eltávolítják, ugyanakkor az esetleges utóvérzés ellenőrizhető. Jól kiválasztott bőrmetszés után, a keloid képződésre nem hajlamos egyéneknél, esztétikailag is kifogástalan sebgyógyulás várható.

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

* + Az ellátás alternatívája a gyógyszeres, vagy radiojód terápia, melyet az endokrinológus javasol. Műtéti megoldás endokrinológiai javaslat alapján történik, a belgyógyászati terápiás lehetőségek kimerülése miatt.

## 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
	+ 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 pajzsmirigy műtétekkel kapcsolatos speciális szövődmények, melyek újabb műtéti beavatkozást tehetnek szükségessé:

* + Vérzés
	+ **Rekedtség** (a gége és a hangszalagok beidegzését végző ideg károsodásának lehet a következménye. Ez az ideg az emberek 1-2%-ban a pajzsmirigy állományán belül fut, így ezen esetekben az ideg károsodása gyakorlatilag elkerülhetetlen.) Előfordulhat, az ideg fizikai sérülése nélkül is tartós, vagy átmeneti működési zavar (vérömleny, hegesedés, stb.).

## Nyakizmok sérülése

* + **Görcsök, zsibbadás** (mellékpajzsmirigy eltávolítása, átmeneti funkció zavar miatt).

## Légcsősérülés, nyelőcsősérülés

* + **Kiújulás** (kialakulásának esélyét megfelelő műtéti technikával gondos műtét utáni ápolással megfelelő gyógyszeres kezeléssel, helyes diagnosztikai eljárásokkal manapság már minimálisra lehet szorítani).

## Műtét/beavatkozás utáni kezelés

Közvetlenül a műtét után infúziós terápiát alkalmazunk, egyes esetekben antibiotikumok adása válhat szükségessé. A beteg a műtéti beavatkozást követően általában már a műtét utáni napon felkelhet, folyadékot fogyaszthat, illetve zavartalan gyógyulás esetén a 2-4. napon otthonába távozhat.

Tekintettel arra, hogy egy hormontermelő szerv egy részét (esetlegesen egészét) távolítjuk el, a műtét után endokrinológusnál kell jelentkezni gondozásba vétel, illetve szükség esetén a hormonpótló gyógyszerek beállítása céljából.

## Műtét/beavatkozás hatása az életmódra/életminőségre

Szövődménymentes esetben a sebgyógyulást követően néhány hét múlva gyakorlatilag tünet és panaszmentes életminőség érhető el

## A műtét/beavatkozás lehetséges alternatívái

Tekintettel a belgyógyászati kezelést követően meghozott műtéti indikációra műtét azért szükséges, mert a belgyógyászati kezelés lehetőségei kimerültek

## 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 göbös, megnagyobbodott és gyógyszeres kezeléssel nem kezelhető struma a javasolt műtét nélkül tovább növekszik, rosszindulatú elfajulás alakulhat ki, szűkítheti a légcső falát, amely olyan mértékű is lehet, hogy akár fulladáshoz is vezethet.

A terjeszkedő göbös struma a légcső falára hosszú időn át nyomást gyakorolva „ellágyíthatja” annak falát, így a légcső elveszítheti a tartását és beszűkülhet, ezáltal nehezített légzést, fulladást okozhat.

A nyelőcső eltolása, összenyomása súlyos nyelési zavarokat, akár táplálkozási képtelenséget is okozhat. Ezen a kialakult helyzeten gyógyszeresen már segíteni nem lehet, viszont a műtéti tehertétel és kockázat is lényegesen magasabb.

## 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 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.**