|  |
| --- |
| **BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT FESZÜLTSÉGOLDÁS, GYÓGYSZERES NYUGTATÁS, MONITOROZOTT SZEDÁCIÓ****MŰTŐN KÍVÜL VÉGZETT DIAGNOSZTIKUS ÉS TERÁPIÁS BEAVATKOZÁSHOZ**AITO-6/2 |
| **A beteg neve:** | **A betegség/sérülés megnevezése:** |
| **A beteg születési dátuma:** | * **magyarul:**
 |
| **A beteg lakcíme:** | * **latinul:**
 |
| **A beteg TAJ-száma:** | **A beavatkozás neve: Feszültségoldás, gyógyszeres nyugtatás, monitorozott szedáció műtőn kívül végzett diagnosztikus és terápiás beavatkozáshoz** |
|  | **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/sérülés megnevezése:

Panaszai, klinikai állapota és az eddig elvégzett vizsgálatok alapján Önnél (gyermekénél, gondozottjánál) olyan betegséget állapítottunk meg, melyhez műtőn kívüli diagnosztikus, vagy terápiás beavatkozás szükséges. A beavatkozás elvégezhető érzéstelenítés nélkül is helyi érzéstelenítéssel, de a beavatkozás fájdalom mentesebb, gyorsabb és biztonságosabb lebonyolításához szükséges gyógyszeres feszültségoldást, szedációt végeznünk.

A betegség részleteiről a beavatkozást végző orvos fogja Önt részletesen tájékoztatni. Önnek joga van a beavatkozások során beavatkozás utáni fájdalomcsillapításhoz. A szedáció célja, hogy bizonyos kellemetlen beavatkozások elviselését megkönnyítse, csökkentse a szorongását, megelőzze potenciális szövődmények és a kellemetlen élményekből adódó további betegséges, kórállapotok kialakulását (pl. vérnyomáskiugrás, szapora szívműködés, ritmuszavar), valamint elősegítse a zavartalan orvosi tevékenységet.

# A tervezett beavatkozás:

Önnél feszültségoldás céljából gyógyszeres nyugtatást, monitorozott szedációt tervezünk a műtőn kívül végzett diagnosztikus és terápiás beavatkozáshoz

# A tervezett érzéstelenítési eljárás:

1. **Általános megjegyzések:**

A beleegyezés megtörténtének tényét a beavatkozást végző orvos beavatkozás előtt ellenőrzi, és hiányában a jelen műtétet nem áll módunkban elvégezni.

# A tervezett beavatkozás folyamata:

Önnél az élőkészítések után, infúziót kötünk be, melyen keresztül olyan gyógyszereket adagolunk, melyek a szorongását, fájdalmát kikapcsolják a tervezett diagnosztikus, vagy terápiás beavatkozás alatt.

# A beavatkozás rajzos kiegészítéssel:

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

Az általános érzéstelenítés (narkózis). Ezt nevezi a köznyelv altatásnak. Nem jelent pihentető alvást, hanem a tudat gyógyszerekkel való kikapcsolását, mely hatása alatt nem érez műtéti fájdalmat. Azonban a gyógyszerek hatásának elmúlása után (ébredés) a tudat visszatérte mellett hirtelen éles fájdalmat érezhet illetve gyakori a hányinger, hányás. Ezen kívül a gyógyszereknek légzésre illetve keringésre való hatása okozhat szövődményeket.

**Az Ön esetében választott érzéstelenítési eljárás:**…………………….……………………………………….……

# A beavatkozás részletes leírása:

* 1. **A műtéti érzéstelenítés előkészítése**:
	+ **A beavatkozás, műtét előtti altató orvosi kivizsgálás.** A vizsgálat célja a beavatkozásra kerülő betegek előkészítése, a rizikó becslése és csökkentése, a megfelelő érzéstelenítés, szedáció kiválasztása. Ehhez szükségesek a laboratóriumi, képalkotó vizsgálatok, és különböző társszakmák szakvizsgálatai is, melyek eredményei már rendelkezésre állnak, vagy amelyekre a preoperatív ambulancia orvosai javaslatot tehetnek.

**Műtét előtti este teendői:** amennyiben a sebész orvos másképpen nem rendeli, Öntől azt kérjük, hogy este 20 óra után már ne egyen semmit, illetve 24 óra után már folyadékot se fogyasszon. Az ápolóknak jelzett külön gyógyszereket vegye be, melyeket önnek mi rendelünk el.

**Premedikáció:** A műtét előtt 30-40 perccel nyugtató, feszültségoldó injekciót (gyermekeknél szirupot, orrcseppet, vagy kúpot) alkalmazhatunk, valamint infúziós kezelést kezdhetünk

* + **A műtőbe, diagnosztikus helységbe, kezelőbe való érkezéskor azonosítjuk a dokumentumok alapján Önt, majd** felhelyezésre kerülnek a mérőműszerek, mandzsetták, elektródok melyek segítségével folyamato-san megfigyeljük az élettani funkciókat. Szükség esetén további vénakanült vezetünk fel. Élettani paramétereit az altatásnál szokásos módon monitorozzuk.

# A szedációs érzéstelenítés kivitelezése:

**A szedáció bevezetése és fenntartása.** A szedációnak mélységétől függően több fokozata van, melyek között az átmenet folyamatos. A beteg reakciójától, a használt szerek fajtájától és dózisától, valamint az alkalmazás időtartamától függően a nyugodt, de teljesen éber állapottól az ingerekre nem reagáló teljes öntudatlanságig bármilyen szint előfordulhat. Az adott beavatkozáshoz a gyakorlatban bevált módszert és

nyugtatási szintet célozzuk meg, a megfelelő betegbiztonsági, monitorozási rendszer alkalmazásával, de a gyógyszerekre adott, sokszor előre nem látható egyéni reakciók miatt alkalmanként sor kerülhet a beteg megfigyelési eljárások, illetve a gyógyszeres, technikai eljárások kiterjesztésére. A felületes szedáció történhet **a beavatkozás előtt adagolt tabletta, injekció, gyermekeknél végbélkúp, orrcsepp vagy szirup adagolásával.** Amennyiben szükséges, a beavatkozás során a **szedáció mélyíthető** további egyszeri vagy folyamatosan adagolt intravénás gyógyszereléssel, esetleg ritkán párolgó altatószerek belélegeztetésével

A szedáció esetén a beteg felügyelete biztonságosan megoldható egy beavatkozást végző személytől független megfigyelővel, aki Önnel (hozzátartozójával, gyámjával) folyamatos kapcsolatot tart, pulzusát, légzését, tudati állapotát és vérnyomását rendszeresen ellenőrzi. Mélyebb szedáció esetén sor kerülhet aneszteziológus asszisztens, illetve orvos bevonására, valamint további kiegészítő műszeres megfigyelésre, amely az általános érzéstelenítésnél is megszokott biztonságot nyújtja.

A könnyű, illetve mély **anesztéziai szedáció** az altatás során megszokott teljes betegőrző monitorozással vezetett eljárás, mely során sebészi narkózis stádiumot nem érünk el, a páciens részben öntudatlan, de kisebb vagy nagyobb ingerre ébreszthető, így több-kevesebb kooperáció is elérhető. Önállóan, vagy helyi érzéstelenítéshez kombinációban is alkalmazzuk. Gyakran intravénás bevezető és fenntartó szerekkel végezzük az altatást, melyet gyógyszeradagoló pumpa segítségével irányítunk. Ennek egy kifinomultabb változata a TCI, mellyel kellő mélységű és biztonságos szintű alváshoz szükséges, számított vér vagy szöveti gyógyszerszintet érünk el speciális számítógépes adagoló pumpával.

**A légutak biztonságos védelmére**, az idegen anyagok légutakba jutásának megakadályozására a szedáció alatt általában nincs szükség, hiszen a saját reflexek és spontán légzés – bár befolyásoltak, de - megtartottak, idegen anyagok légutakba jutásának veszélye alacsony. **Arcmaszkon**, vagy **orrszondán** keresztül a legtöbb esetben oxigént adagolunk. Amennyiben a légutak további biztosítása szükséges, száj- orrgarat tubussal, esetleg gégemaszkkal oldjuk meg, a mélyebb altatás alatti lélegeztetésre légcsőtubust helyezünk be (**intubáció**). A szedáció során a saját légzés megmarad, gépi lélegeztetésre általában nincs szükség. Ritkábban arcmaszkon keresztül lélegeztetést végzünk, amelyet általában csak rövid, néhány perces beavatkozásokhoz alkalmazunk

# Műtét/beavatkozás utáni kezelés:

Az ébredést követően, stabil életműködések esetén, általában visszahelyezzük a beavatkozást végző osztályra. Ételt, italt és gyógyszert csak meghatározott idő elteltével, orvosi engedélyre vagy javaslatra fogyaszthat. Fájdalomcsillapításáról szükség esetén injekciók majd tabletták segítségével a beavatkozást végző osztály gondoskodik. A beavatkozás után, megfelelő kritériumok esetén otthonába is engedhetik, amennyiben a beavatkozást végző orvosa látta és hazabocsátását jóváhagyta. Azonban ha számítani lehet további állapotromlásra, a beavatkozás alatti időszakban jelentős szövődmény alakult ki, vagy a szervek instabil funkciózavara jelentkezett esetleg intenzív osztályos felvétel lehet indokolt.

# Lehetséges szövődmények az érzéstelenítéssel kapcsolatosan:

1. **Általános megjegyzések:**
	* A tudomány mai állása szerint a kezelés eredményességéért és szövődménymentességért nem vállalhat abszolút garanciát a kezelőorvos.
	* Bármely orvosi 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 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),
	+ Szomszédos szervek sérülése(i)
	+ Embólia, trombózis
	+ Gyulladás (helyi vagy általános)
	+ Bőrsérülések (pl: elektromos áram, fertőtlenítő szerek okozta)

A szövődmények lehetnek **fizikai** (vénapunkció, intubációs sérülés stb.), **élettani** (alacsony légzéstérfogat, kisebb szöveti oxigénszint, átmeneti ritmuszavar stb.), **gyógyszerhatás** (két vagy több gyógyszer kölcsönhatása, nem várt reakció, allergia stb.), **technikai** (altatógép meghibásodás, légzőkör szétkapcsolódás, intubációs nehézség stb.). A mellékhatások lehetnek **enyhék** (magától rendeződő szapora szívműködés, fog kitörése, nyálkahártya sérülés stb.), **mérsékeltek** (ébrenlét, vérnyomásesés,vérnyomás kiugrás, véna mellé adagolt infúzió, fertőzés, kis vérzés, hányinger, hányás, szénhidrát anyagcsere felborulás stb.) **ritkábban súlyos életveszélyes** (lélegeztetési nehézség, idegen anyagok belélegzése, uralhatatlan vérzés, ritmuszavar, agyvérzés, keringési-légzési elégtelenség, veseelégtelenség, légút sérülés, elhúzódó izombénulás stb.) illetve nagyon ritkán halál.

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

* + Bőr, ér, idegsérülés
	+ Fertőzés
	+ Allergiás reakció
	+ Ritmuszavar
	+ Légzészavar

# Műtét/beavatkozás hatása az életmódra/életminőségre:

A szedáció csak egy behatárolt időszakra érvényesül, amíg a gyógyszereket adagoljuk. Utána a hatása lecseng.

# A beavatkozás lehetséges alternatívái:

Az általános érzéstelenítés

# A műtét/beavatkozás elmaradásának előnye:

Mai tudásunk szerint az Ön betegsége miatt a javasolt beavatkozást vagy az esetleges alternatív kezelést el kell végezni, ezek elmaradásának nincs előnye.

# A műtét/beavatkozás elmaradásának veszélyei:

A megfelelő gyógyszeres szedáció elhagyása esetén az beavatkozás végrehajtása a legtöbbször körülményesebb, lassabb, olykor lehetetlen, illetve az Ön számára fájdalommal és kellemetlenséggel járna, melyet nehezen tudunk összeegyeztetni gyógyító céljainkkal

# A műtét/beavatkozás kiterjesztése:

1. Kezelőorvosom tájékoztatott, hogy a jelen beavatkozás során előfordulhat, hogy annak olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely előre nem volt látható. Felhívta figyelmem, hogy ezen esetekben az érzéstelenítés 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. |  |  |

* + **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, akkor milyen): |  |
| 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): |  |
| 6. | **Van-e** ismert szívbetegsége? | Igen | Nem |  |
| 7. | Magas vérnyomása? | Igen | Nem |  |
| 8. | Érbetegsége? | Igen | Nem |  |
| 9. | Tüdő, légúti betegsége? | Igen | Nem |  |
| 10. | Emésztési, gyomor, bélbetegsége? | Igen | Nem |  |
| 11. | Májbetegsége? | Igen | Nem |  |
| 12. | Vesebetegsége? | Igen | Nem |  |
| 13. | Idegrendszeri betegsége? | Igen | Nem |  |
| 14. | Pajzsmirigy-betegsége? | Igen | Nem |  |
| 15. | Köszvény / magas koleszterin? | Igen | Nem |  |
| 16. | Pszichiátriai betegsége pl. depresszió? | Igen | Nem |  |
| 17. | Csontváz, ízületi betegsége? | Igen | Nem |  |
| 18. | Izomrendszeri betegsége | Igen | Nem |  |
| 19. | Szembetegsége? | Igen | Nem |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 20. | Egyéb betegség? | Igen | Nem |  |
| 21. | Történt-e altatás során Önnelvagy családjával súlyos | Igen | Nem |  |
| 22. | **Dohányzik?** | Igen | Nem | **Ha igen**, mennyit? szál/nap |
| 23. | **Alkoholt fogyaszt?** | Igen | Nem | **Ha igen:** Rendszeresen / Alkalmanként / Ritkán/ Soha |
| 24. | Van-e kivehető / mozgó foga?Hídja / koronája? | Igen | Nem |  |
| 25. | Korábbi műtétek? |  |
| 26. | Kapott-e vért? | Igen | Nem |  |
| 27. | Szövődmény jelentkezett | Igen | Nem |  |

* + **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 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): 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 ………………………………………….. Osztály** **helyiségében.**