|  |  |
| --- | --- |
| **BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**  **GYOMORFEKÉLY**  SEB-17/1 | |
| **A beteg neve:** | **A betegség megnevezése:** |
| **A beteg születési dátuma:** | * **magyarul: Gyomorfekély** |
| **A beteg lakcíme:** | * **latinul: Ulcus ventriculi** |
| **A beteg TAJ-száma:** | **A beavatkozás neve: Subtotal gastrectomia** |
|  |  |

## 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

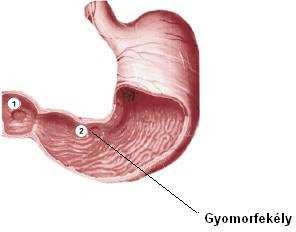
## A betegség megnevezése

Panaszai és az eddig elvégzett vizsgálatok alapján Önnél (gondozottjánál) gyomorfekély igazolódott.

## A betegség leírása

Fekélybetegségben (ulcus) kerek nyálkahártyahiány (ulcus) keletkezik, melynek kialakulásában több tényező (savtúltengés, környezeti és táplálkozási hatások, bakteriális fertőzés, stb.) játszik szerepet. Alapvető különbség van a gyomor- és nyombélfekély között: a lényegesen ritkábban előforduló gyomorfekély rosszindulatúan elfajulhat, ezért ha meghatározott rövid időn belül nem gyógyul, műtéti javallat áll fenn. A fekély vérezhet, mélybe terjedve falátfúródást okozhat, hegesedése szűkülethez vezethet. Ezekben a szövődményekben a műtét általában abszolút indokolt, és a szövődmény által okozott életveszély elhárítására irányul. Szövődménymentes esetekben műtéti javallat csak a belgyógyászati kezelés sikertelensége esetén állítható fel.A lakosság mintegy 10 %-ban fordul elő. Férfiakban gyakoribb, mint nőkben, a 20 és 60 év közöttiek betegsége.

* **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:

Két alapvető eljárás áll rendelkezésünkre.

* + Csonkoljuk a savtermelő gyomorrészt (rezekció)
  + Átvágjuk a savtermelésért felelős idegeket (vagotómia)
  + Szóba jöhet a két műtéti eljárás kombinációja is.

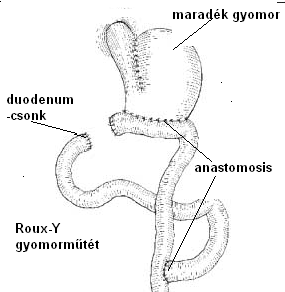
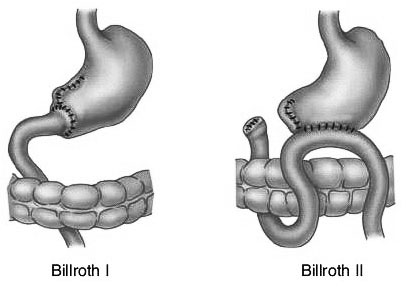
A műtét időtartama 1-3 óra. A műtéti tájékozódáshoz a has közepén a szegycsont aljától a köldökig húzódó metszést ejtünk. Amennyiben szükségesnek találjuk, a metszést meghosszabbítjuk a köldök mellett lefelé vagy kiegészítjük egy keresztirányú metszéssel. Műtét után drén lesz behelyezve a hasába és szonda az orrába, melyet pár nap után eltávolítunk. Műtéttel a fekélybetegség nagy valószínűséggel véglegesen gyógyítható, de fekélykiújulás mindkét műtét után előfordulhat.

Gyomorfekély esetén a gyomor részleges eltávolítása jöhet szóba (subtotalis gastrectomia).

***Subtotalis gyomorcsonkolás***: részleges eltávolításra a gyomor alsó 1/3-ában ülő fekélyek esetén van lehetőség, ilyenkor a gyomor alsó 2/3 v. 3/4 részét távolítjuk el. Az eltávolított gyomor rész helyére vékonybelet húzunk, és ezt varrjuk a gyomor csonkjához.

Billroth I, Billroth II vagy Roux Y anastomosissal (műtét technikai módszer) a therápiás effectust az alábbi mechanizmusokon keresztül éri el:

-a gyomor alsó (2/3-os rezekció) vagy (3/4-es rezekció) eltávolításával jelentősen csökkenthető a gyomor nyálkahártyájában lévő, savtermelő ún. parietalis sejttömeg.



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



## 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)
  + Fertőzés átvitel(pl vérátömlesztés során)
  + Lágyrészek nyomás alatti sérülése

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

*Speciális sebészi szövődmények:*

* + Varrat elégtelenség (előfordulása ritka, nyelőcső anasztomózisoknál is 10% alatt fordul elő)
  + Lépsérülés a gyomor és a lép között futó zsírszövet a lép rendkívül vékony, sérülékeny tokján tapad. Ennek leválasztása során berepedhet a lép tokja, ami akár a lép eltávolítását igénylő vérzést okozhat.
  + Hasnyálmirigy sipoly (kiterjesztett műtét után fordul gyakrabban elő)
  + Rekesz alatti tályog.(Lép eltávolítás után fordul gyakrabban elő)
  + Elhúzódó nyirokfolyás
  + Anasztomózis szűkület (általában gyógyszeres kezelésre rendeződik)
  + A műtét halálozása 2-3 %

*A gyomor részleges hiánya esetén gyakrabban előforduló speciális zavarok:*

* + Vérszegénység: kifejlődése megelőzhető B12 vitamin és vaskészítmények rendszeres injekciós adagolásával.
  + Epés felböfögés, nyelőcsőégés: mivel a gyomor eltávolításakor a gyomor előtti és utáni záró izomgyűrű is eltávolításra kerül, a betegek egy részében gondot okoz, hogy a bélből az epe visszajuthat a nyelőcsőbe. Megfelelő műtéti eljárással ennek az esélye kicsi, de sohasem nulla. Epés nyelőcsőégés ellen gyógyszereket lehet szedni.
  + Fogyás: a gyomor hiánya miatt egy étkezés során kisebb táplálékmennyiséget tud elfogyasztani a beteg. Az emésztés is romlik bizonyos mértékben, ezért a testsúly csökken, majd alacsonyabb szinten stabilizálódik. A kisebb tárolókapacitás miatt naponta többszöri étkezés javasolt. Kalóriadús tápszerek fogyasztása is szóba jön. Az emésztés javítására emésztőenzim készítményeket lehet szedni.
    - Hasmenés: a táplálék gyorsult továbbítása a bélrendszerben különféle panaszokat - mint étkezést követően jelentkező felhasi kellemetlen teltségérzet, szédülés, hányinger esetleg hirtelen hasmenés - okozhat.

Elkerülésére javasolt a szilárd és folyékony táplálék időben elkülönített bevitele, magas cukortartalmú ételek kerülése.

## 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 drének (a hasüregből, a műtéti területről kivezeti a váladékot, néhány nap után távolítjuk el),
  + mellkas cső (a mellüreg megnyitása esetén a tüdők működéséhez kell, néhány nap után ezt is eltávolítjuk),
  + gyomorszonda (az orron keresztül a bélrendszerbe vezetett cső, a termelődő bélnedvtől tehermentesíti a bélvarratokat, melyet néhány nap után távolítunk el),
  + vizelet katéter (a húgycsőbe vezetett katéteren át biztosított a vizelet ürülése, amíg fel nem tud kelni a beteg),
  + esetleg tápláló vékonybél-szonda (ezen keresztül kaphat tápfolyadékot, amíg szájon át nem ehet),
  + infúziós kanülök a karban, illetve a vállban (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).

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

Részleges gyomoreltávolítás esetén 2 - 3 napig szájon keresztül nem táplálkozhat, ezután fokozatosan vezetjük be a diétáját.

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

## Műtét/beavatkozás hatása az életmódra/életminőségre

A gyomor részleges 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 tartani nem szükséges! 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.

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. Részleges gyomoreltávolításon átesett betegek általában könnyű fizikai munkára és irodai szellemi munkára teljes munkaidőben alkalmasak.

## A műtét/beavatkozás lehetséges alternatívái

Bizonyos esetekben diétás vagy gyógyszeres kezeléstől várható eredmény. Nyilvánvalóan műtéti megoldás szükségessége gastroenterológiai javaslat alapján a korábban alkalmazott gyógyszeres kezelés sikertelensége miatt merül fel.

## 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 *vérzés* haematemesist (vérhányás), melaenát (szurokszéklet), súlyos esetben haemorrhagiás (vérzéses) shockot okozhat. A *perforáció (gyomorfal-átfúródás)* akut hasi katasztrófa képében zajlik: a hirtelen kialakuló, késszúrásszerű epigastrialis (gyomortájéki) fájdalmat defensus (hasfalai izomvédekezés) kíséri. *Stenosis*ban (szűkület) ételmaradékok hányása, rohamos fogyás utal a szövődményre.

## 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 és  beosztása |  | A felvilágosítást adó orvos aláírása és pecsétje |  |
| A beavatkozást végző  orvos szakképesítése és beosztása |  | A beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje |  |

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

1. Tanú aláírása: Neve:

Anyja neve: Lakcíme:

……………………………………………………………

1. Tanú aláírása: Neve:

Anyja neve: Lakcíme:

……………………………………………………………

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

# Tájékoztatásról való lemondás

Amennyiben **LEMOND a tájékoztatásról és más személyt feljogosít erre**, kérjük, írja alá az alábbi nyilatkozatot:

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni.

**……………………………………………………**

Helyettem tájékoztassák:

## … …-t

A beteg által megnevezett, nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

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

Kelt:

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.**