|  |
| --- |
| **BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT***Alapinformációk a betegségéről és a**sebészeti kezelés lehetőségeiről* |
| **A beteg neve:** | **A betegség megnevezése:** |
| **A beteg születési dátuma:** | * **magyarul: Vastagbélfal kiboltosulás**
 |
| **A beteg lakcíme:** | * **latinul: Colon (sigma) diverticulosis/diverticulitis**
 |
| **A beteg TAJ-száma:** | **A beavatkozás neve: Vastagbél részleges eltávolítása nyílt hasi vagy laparoscopos műtéttel** |
|  |  |
| **Kedves Betegünk (Törvényes képviselő / Meghatal- mazott / 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-tételiügycsoportban cselekvő- képességében részlegesen korlátozott, vagy az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatóval rendelkezőszemély esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai /kérjük abírói végzés csatolását/:

Név:…………………………………………. Születési idő:………………… Anyja neve:……………………………………………………………….….. Lakcíme:……………………………………………………….………….…..1. /**Meghatalmazás** esetén a nyilatkozattevő személy adatai és rokonságifoka/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:………………………………………..…… Szül.idő:………………… Anyja neve:……………………………………………………………….….. Lakcíme:……………………………………………………….………….….. Rokonsági foka:……………………………………………………………….. **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,ennekhiányában, 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) **vastagbél diverticulosist** mutattunk ki, ill. nagy valószínűséggel panaszait **a vastagbélfal -többnyire mogyoró nagyságú- gyulladásos, vagy gyulladás nélküli kiboltosulásai** okozzák.* **A betegség leírása**

A vastagbél emésztőrendszerünk vékonybelet és végbelet összekötő kb. 120 -150 cm hosszú szakasza, amelynek szakaszait az alábbi ábra szemlélteti. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |



# 1

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

*Alapinformációk a betegségéről és a*

*sebészeti kezelés lehetőségeiről*

betegek kb. 20%-ában alakul ki. Diverticulitis esetén súlyos szövődmények is felléphetnek: átfúródás (perforáció), tályog, hashártyagyulladás, bélelzáródás, vérzés.

Diverticulosis esetén a vastagbéltükrözés (colonoscopia) elvégzése alapvető fontosságú a vastagbélrák (colorectalis carcinoma) kizárása céljából. Gyulladás (diverticulitis) esetében nem megterhelő (nem-invazív) képalkotó eljárásokkal kell kezdeni a kivizsgálást. Ilyenkor hasi ultrahang és hasi CT vizsgálatokat kell elvégezni.

Az Ön esetében kezelőorvosa úgy döntött, hogy a műtét elvégzése szükséges a gyógyulása érdekében.


## 2 A betegség leírása, rajzos kiegészítéssel

A vastagbél diverticulum olyan zsákszerű kitüremkedés, amelynek falában a vastagbél valamennyi rétege megtalálható. Leggyakrabban a vastagbélhuzam bal oldalán, a szigmabélen alakul ki.



Kialakulásának pontos oka nem ismert. A diétás rostokban szegény étrend és az idősödő társadalom magyarázhatja a diverticulosis emelkedő előfordulását. A diétás tényezők fokozott bélüregi nyomásfokozódáshoz vezetnek, amelyek az életkor előrehaladásával a vastagbél izomzatának elvékonyodásához és a vastagbélfal meggyengüléséhez vezetnek.

Megkülönböztetünk tünetmentes diverticulosist (80%), valamint tüneteket okozó diverticulum gyulladást (diverticulitist) (20%). A diverticulosis az esetek jelentős részében tünetmentes.

A diverticulum gyulladása (diverticulitis) a diverticulosisos

## A műtéti eljárás(ok)

### általános megjegyzések:

* + A műtétet **általános (altatásban történő)** 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, és hiányában a jelen műtétet nem áll módunkban elvégezni.

### az ellátás/műtét folyamata:

A műtétet megelőző napon béltisztítást (hashajtás) végzünk. Legtöbb esetben a húgyhólyagjába egy katétert helyezünk, melyet általában a műtét utáni 2-4. napon távolítunk el.

Nyílt, hasi műtét esetén a műtéti metszés legtöbbször a has középvonalában történik, egyes műtéteknél azonban haránt irányú vagy ívelt metszésből történik a hasüreg feltárása. Laparoscopos megoldás válogatott esetekben kivitelezhető, amennyiben a betegség lokalizációja, megelőző kivizsgálás adta megfelelő eredmények, beteg testalkata, kísérőbetegségei, korábbi esetleges hasi műtétei ezt lehetővé teszik, ill. nincs altatóorvosi ellenjavallat. A műtétek általában 2 - 5 órán át tartanak.

Mindkét eljárás lényege a kiboltosulásokkal teli bélszakasz eltávolítása. A diverticulosis-os bélszakasz eltávolítása után helyreállítjuk a bél folytonosságát.

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

*Alapinformációk a betegségéről és a*

*sebészeti kezelés lehetőségeiről*



# 3

Laparoscopos esetben a műtét kis, 0,5-1 cm-es hasfali metszéseken keresztül történik CO2 gázzal felfújt hasüreg mellett. Majd a nyitott műtéthez képest jóval kisebb hasfali metszésen keresztül történik meg az érintett bélszakasz eltávolítása a hasüregből. Előnyei a nyitott műtéthez képest: kevesebb műtét utáni fájdalom, korábbi mobilizáció, jobb kozmetikai eredmény, sérv kialakulásának az esélye kisebb. Hátránya nincs a nyitott műtéthez képest.

Laparoscopos műtét esetén adódhat olyan technikai nehézség (pl. összenövés, kövérség, anatómiai eltérés, gyulladásos bélszakasz kiterjedése, propagatiója más szervekre), vagy altatás során észlelt olyan élettani eltérés (pl. légzés-, ritmuszavar), mely miatt a műtét nyitott beavatkozásként folytatható csak tovább. Ez az ú.n. konverzió.

### lehetséges műtéti alternatívák:

A diverticulosis-os bélszakasz elhelyezkedésétől és kiterjedésétől függően a következő lehetőségek állnak rendelkezésünkre:

* Leggyakrabban a diverticulumok elhelyezkedésétől függően általában **a bal oldali *vastagbélrész* (bal oldali *hemicolectomia, sigma, rectum resectio***, többszörös megbetegedés esetén ezek kombinációja kerül ***eltávolításra***. A bélfolytonosságot a két vastagbélrész között készített szájadékkal (anastomosis) állítjuk helyre kézi vagy gépi varrattal.
* Technikai vagy anatómiai ok miatt előfordulhat, hogy a bél folytonosságának helyreállítása nem kivitelezhető az aktuális műtét során, noha a diverticulosis-os szakasz eltávolításra került. Ilyen esetekben az eltávolított rész előtti már ép bélszakasz átmeneti vagy végleges hasfalra történő előhelyezése, ***vendégnyílás (stoma)*** készítése szükséges, hogy a műtétet be tudjuk fejezni, s a bélsár ürülését koordinált módon biztosítani tudjuk. A stoma átmeneti vagy végleges voltáról, előbbi esetben megszüntetésének módjáról és időpontjáról kezelőorvosa tájékoztatni fogja.
* Más szervre történő gyulladásos ráterjedés vagy sipolyjáratok esetén ha adottak a ***kiterjesztett műtét*** feltételei, a szomszédos szerv eltávolítása is megtörténhetl.
* Nem eltávolítható diverticulosis-os bélszakasz esetén a hasfalon ***vendégnyílás (stoma)*** készítése jön szóba a széklet ürítésének biztosítására.

A műtét során eltávolított bélszakaszt és a zsíros bélfodrot szövettani vizsgálatra küldjük. A vizsgálat eredménye normális esetben 2 hét múlva várható. Ez alapján véleményezhető a diverticulosis kiterjedése, illetve ez alapján lehet kizárni azt, hogy az adott bélszakaszon nincs daganatos elfajulás.

Megelőző kivizsgálás alapján a műtét típusa előre csak megjósolható, de garantálni nem lehet. Azt mindig az adott műtéti szituáció dönti el!

### Az Ön esetében választott műtéti megoldás:

…………………………………………………………………

## Lehetséges műtéti szövődmények

### Általános megjegyzések:

* + A tudomány mai állása szerint a kezelés eredményességért és szövődménymentes- ségéért 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

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

*Alapinformációk a betegségéről és a*

*sebészeti kezelés lehetőségeiről*

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.

4

* + - A szövődmények együttes jelentkezése sajnálatosan növeli az életveszélyes és/vagy halálos kimenetelű műtéti szövődmények esélyét.

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

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

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

* + Bélhűdés
	+ Hegesedés, szűkület, bélelzáródás kialakulása
	+ Varratelégtelenség vagy visszamaradt hasüregi folyadék fertőződése miatt hashártyagyulladás, hasüregi tályog, sipoly kialakulása
	+ Stoma szűkülete, elhalása, visszaesése, elégtelensége

## Műtét/beavatkozás utáni kezelés

Közvetlenül a műtét után infúziós terápiát, véralvadásgátló kezelést alkalmazunk, egyes esetekben antibiotikumok adása válhat szükségessé.

Az altatás alatt gyomrába szondát vezetünk a vékonybéltartalom levezetése érdekében, melyet általában ébresztés előtt eltávolítunk. Ritkán, hányinger vagy a bélműködés beindulásának nehézsége esetén szükség lehet a gyomorszonda bennhagyására vagy visszahelyezésére átmenetileg. A műtét végén drain csövet hagyunk a hasüregben, melyen a hasüregben összegyűlt vért, savót vezetjük le. Ezt általában 2-3 nap után eltávolítjuk. A műtét előtt felhelyezett húgyhólyag katétert amennyiben nem szükséges a vizelet mennyiség vagy minőség ellenőrzése 1-3 nap után eltávolítjuk.

Műtét után rendszeresen fájdalomcsillapítást végzünk, általában injekciós formában.

A műtéti beavatkozást követően, általában a műtét utáni napon felkelhet és folyadékot fogyaszthat. Amennyiben nincs hányingere és az orvosa megengedte másnaptól pépes majd szilárd ételt is fogyaszthat, ezt követően fokozatosan térhet vissza a normális étkezési szokásokra.

Szövődménymentes esetben a műtét utáni 5-10. napon engedjük otthonába távozni. Varratszedésre a seb állapota függvényében a 10-12.napon kerülhet sor.

## Műtét/beavatkozás hatása az életmódra/életminőségre

Otthonában a dietetikus tanácsa alapján betartott speciális diéta javasolt, fizikai kímélet, fokozatos mobilizáció, a bennfekvése során megkezdett véralvadásgátló injectió folytatása. Varratszedésig sebének rendszeres kötéscseréje szükséges. Stoma esetén annak kezelése, melynek oktatásában a stomatherápiás nővéreink segítésével még bennfekvése során részt vesz.

## A műtét/beavatkozás lehetséges alternatívái

A műtéti indikáció felállítása a legújabb szakmai irányelveknek megfelelően minden esetben egyéni

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

*Alapinformációk a betegségéről és a*

*sebészeti kezelés lehetőségeiről*

elbírálás alapján történik, figyelembe véve a páciens korát, fennálló egyéb alapbetegségeit, a visszatérő szigmabelet érintő gyulladásos epizódok számát, súlyosságát és a fenyegető, vagy már aktuális szövődményeket is. A visszatérő gyulladásos epizódok, fájdalom miatt a műtét nem feltétlenül indokolt. Átfúródás, más úton nem kezelhető tályog, hashártya gyulladás, elzáródást okozó szűkület vagy sipoly esetén a műtét feltétlenül – olykor sürgősséggel- indokolt.


## A műtét/beavatkozás elmaradásának előnye

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

## A műtét/beavatkozás elmaradásának veszélyei

A krónikusan fennálló vagy ismétlődő hasi fájdalom az életminőséget és munkaképességet rontja. Az ismétlődő gyulladásos epizódok a bélfal megvastagodásához, később szűkületéhez vagy elzáródásához vezethetnek. A gyulladásos folyamat a szomszédos szervekre sipolyt képezhet. Súlyos gyulladás esetén tályogképződés, bélfal átfúródás, hashártya gyulladás, vérmérgezés, halál következhet be.

5

## 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/meg- változtassák különösen, ha azt sürgős szükség fenn- állása 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 szervem- nek vagy testrészemnek elvesztéséhez vagy funkció- jának teljes kieséséhez vezetne, a beavatkozás kiterjesztése –erre irányuló beleegyezésem hiányá- ban– 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **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): |  |

## 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 (folytatás a 9. oldalon):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| . | A beteg kérdései | Az orvos válaszai |
| 1. |  |  |

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

*Alapinformációk a betegségéről és a*

*sebészeti kezelés lehetőségeiről*

2.

* 1. ​

# 6

## Kérjük válaszoljon kérdéseinkre…

* **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.

Szed-e (gondozottja)

* 1. rendszeresen

gyógyszert?

Ismert-e allergia (pl.: gyógyszer,

* 1. élelmiszer, ragtapasz stb.)?

Tud-e anyagcsere- zavarról (pl.:

* 1. cukorbetegség, ún tárolási

betegségek):

Tud-e öröklött

* 1. vagy szerzett vérzékenységéről?

Tud-e öröklött vagy szerzett fokozott vérrög-

* 1. képződési

/trombózis)

hajlamáról, betegségéről?

Igen Nem (ha igen, a következő(ke)t):

Igen Nem (ha igen, akkor milyen):

Igen Nem (ha igen, a következő(ke)t):

Igen Nem (ha igen, a következő(ke)t):

Igen Nem (ha igen, a következő(ke)t):

* Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozásba való beleegyezésem bármikor (de legkésőbb a műtéttel/beavatkozással kapcsolatos altatás/érzés- telenítés megindításáig) alaki kötöttségek nélkül (akár szóban is) visszavonhatom.
* Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti betegtájékoztatót. Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.
* Nyilatkozom, hogy a kérdéseimet feltehettem, a kérdéseimre számomra kielégítő választ kaptam,
* Megértettem, hogy a Magyarországon elfogadott, orvosom által ismert és gyakorolt műtétben/kezelésben részesülök. A számomra ajánlott protokollokról számomra érthető felvilágosítást kaptam
* A műtét/kezelés után javasolt életmódról, esetleges további ellátásokról kezelőorvosomtól bent- tartózkodásom alatt folyamatosan továbbá a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

*Alapinformációk a betegségéről és a*

*sebészeti kezelés lehetőségeiről*

## 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.

7

* 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

|  |  |
| --- | --- |
| Orvos aláírása | Orvosi pecsétje: |

A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos aláírása, és pecsétje

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

…………………………………………………………… 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

## 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Orvos aláírása: | Orvosi pecsétje: |

A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos aláírása, és pecsétje

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

…………………………………………………………… A beteg vagy a

nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

*Alapinformációk a betegségéről és a*

*sebészeti kezelés lehetőségeiről*

……………………………………………………………

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

Orvosi pecsétje:

Orvos aláírása

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

## Tájékoztatásról való lemondás

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

8

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 és a beavatkozást végző orvos aláírása, és pecsétje

|  |  |
| --- | --- |
| A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvosszakképesítése: |  |
| A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvosbeosztása: |  |

…………………………………………………………… 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

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

*Alapinformációk a betegségéről és a*

*sebészeti kezelés lehetőségeiről*

### A beteg kérdései, valamint a kérdésekre adott válaszok (folytatás a 6. oldalról):

. A beteg kérdései Az orvos válaszai

# 9

* 1. ​
	2. ​