



Országos Korányi Pulmonológiai Intézet

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT MELLKASI REKONSTRUKCIÓS MŰTÉTHEZ  
NYAKI BORDA ELTÁVOLÍTÁSA, TYÚKMELL, CIPÉSZMELL, IZOMPLASZTIKA  
MELLKASPLASZTIKA

Beteg neve: ..... Taj: .....

Születési hely:..... Születési idő:.....

Lakcím, ahol tartózkodik.....

.....

Tel.:.....

Háziorvosának neve és elérhetősége:

.....

.....

**Tervezett műtét:..... A beavatkozást végző személy.....**

**Diagnózis: .....**

Kedves Betegünk!

Az eddigi vizsgálatok alapján szükségesnek tartjuk Önnél a fent megjelölt műtét elvégzését. Ez a beavatkozás vagy panaszai megszüntetésére szolgál, vagy egy bizonyos szövődmény műtéti kezelése vagy akár csak esztétikai okoknál fogva, az Ön kérésére történik

A beavatkozás menete:

- A beavatkozáshoz várhatóan 5-7 napos kórházi kezelés válik szükségessé
- A műtét altatásban történik
- Az elaltatás után a műtőasztalon való elhelyezés a behatolás helyéről az operáló orvos tájékoztatja.
- A beavatkozás végén, szükség esetén egy, vagy két csövet helyeznek a mellkasába, ami a vér leszívását, és a műtét során kialakult légmell megszűnését szolgálja
- A csövet, vagy csöveket várhatóan a műtétet követő 2-3. napon eltávolítják

A lehetséges leggyakoribb szövődmények:

- Vérzés
- Varratelégtelenség - a behelyezett kézi varratsorok a szöveteket átvághatják, így az adott varrat kinyílnak.
- Légmell
- Fertőzés
- Légzési-keringési elégtelenség (100 esetből 0,1)

**Aláírással tanúsítom, hogy ezen anyag, valamint a személyes orvosi tájékoztatások nyomán betegségem természetét megértettem.** Tudomásul veszem, hogy a tudomány jelenlegi állása szerint a tervezett műtét nem minden esetben jelent teljes helyreállítást, panaszmentességet, de az esetek jelentős részében a műtétet követően a betegek panaszai jelentősen csökkennek. A tervezett műtét elmaradása esetén a mellkasi elváltozás, panaszaim változatlanok maradnak, nem műtéti eljárással állapotom nem állítható helyre.

Tudomásul veszem, hogy az orvostudomány és a sebészet nem egzakt tudomány, a műtét/beavatkozás eredménye előre nem garantálható és hogy a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

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.

Az ezzel kapcsolatban felmerült kéréseimről részletes felvilágosító beszélgetés során- a kezelő (műtétet végző) orvosom kielégítően tájékoztatott. A beszélgetés során megválaszoltak minden, engem

foglalkoztató kérdést, további kérdésem nincs. **A feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam.**

**Elegendő gondolkodási idő után beleegyezem, hogy a felajánlott műtétet – azok ismert lehetséges veszélyeinek tudatában – rajtam az orvos elvégezze. Az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek.**

**A kezelés kiterjesztéséhez és változtatásokhoz**, amelyek az orvosi intézkedések alkalmazása során előre nem látható okból szükségesek vagy célszerűnek mutatkoznak, már most **hozzájárulok**.

**Alternatív megoldás:** a műtéttel megegyező hatékonyságú egyéb alternatív, nem sebészi kezelés jelenleg nem ismert, ezért javasoljuk a műtéti beavatkozást.

A beavatkozás elmaradása az Ön egészségi állapotának romlásához vezethet.

**Az erre vonatkozó tájékoztatás nyomán sem egyezem bele a kezelés (műtét) során esetleg szükségessé váló kiterjesztések közül az alábbi(ak)ba:**

.....  
.....

Beleegyezem, hogy a műtét során diagnosztikus céllal eltávolított **szerveket, szövetmintákat szövettani vizsgálat után a laboratóriumban megőrizték** és azokból tudományos igényű feldolgozásokat végezzenek, illetve a betegséggel kapcsolatos orvosi leleteket és eredményeket az intézet tudományos céllal felhasználhassa.

**Hozzájárulok ahhoz, hogy a műtét vagy beavatkozás menetéről fénykép vagy videofelvétel készüljön**, azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé. Tudomásom van arról, hogy az Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben egészségügyi személyzet, orvostanhallgatók és rezidensek képzése is folyik. Beleegyezem abba, hogy kezelésemben – felelős személyek jelenlétében és azok felügyelete mellett – oktatási célból fenti személyek is részt vehessenek a törvény által előírt titoktartási kötelezettség betartásával.

Tudomásomra hozták, hogy a **vérkészítmények** adásának engedélyezése/nem engedélyezése, a **műtéti érzéstelenítés** (anaesthesiologia) beleegyző dokumentumának aláírása külön dokumentumon szerepel.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott vizsgálatot, kezelést, műtétet visszautasítani, illetve jelen beleegyző nyilatkozatomat a beavatkozás/műtét előtt írásban bármikor visszavonhatom. Kijelentem, hogy a visszautasítás következtében állapotomban bekövetkező változásokért, szövődményekért, gyógyeredmény alakulásáért orvosaimat felelősség nem terheli.

A beleegyző nyilatkozat aláírását megelőzően feltett kérdések:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

A tervezett beavatkozásba beleegyezem.

.....  
a beteg aláírása /törv. képviselő/

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét

Dátum:

**A tájékoztatóban leírtakat megértettem, a kezelést/vizsgálatot elfogadom.**

Budapest, .....

.....  
a beteg aláírása /törv. képviselő/

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét

A tájékoztatóban leírtakat megértettem a kezelést/vizsgálatot visszautasítom, a kezelés/ vizsgálat elvégzésébe nem egyezem bele.

.....  
a beteg aláírása /törv. képviselő/

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú 1. : .....  
.....  
.....  
.....

Tanú 2. : .....  
.....  
.....  
.....

---

A nyilatkozat aláírását a beteg megtagadta.

Tanúk:

Tanú 1. : .....  
.....  
.....  
.....

Tanú 2. : .....  
.....  
.....  
.....

Dátum:.....

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét