



## BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT MELLKAS MEGNYITÁSÁVAL JÁRÓ MŰTÉTHEZ MELLKASI ÜREG KISZÁJAZTATÁSA, MELLKASFALI ABLAK NYITÁSA

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, HOGY BETEGSÉGÉT ÉS A SZEPTIKUS (előrehaladott fertőzéses) TÜNETEK, A FERTŐZÉS MEGSZÜNTETÉSÉT A FENTI MŰTÉTTTEL VÉGEZZÜK EL. Tájékoztatjuk, hogy a műtét után az üreget várhatóan **több hónapon keresztül naponta** tamponcserével kell kezelni, amelynek elvégzését a lakóhelye szerinti sebészet, vagy a házi betegápolás segítségével (házi orvos) kell megoldani.

A beavatkozás menete:

- A beavatkozáshoz néhány napos kórházi kezelés szükséges a sebészeti, esetleg intenzív osztályon
- A beavatkozás altatásban történik
- Az elaltatás után a műtőasztalon való elhelyezés a behatolás helyéről az operáló orvos tájékoztatja
- A műtét végeztével a sebet nem zárják, hanem nyitva kezelik naponként szükség szerint akár többszöri tamponálással
- A nyitott üreg bezárása a gyógyulás után, (várhatóan több hónap múlva) egy másik műtét kapcsán történik

A lehetséges leggyakoribb szövődmények:

- Vérzés
- Fertőzés
- Légzési, keringési elégtelenség (100 esetből 2 -3)

Ismertették velem a gyógyulás kilátásait, valamint azt, hogy a beavatkozás elmaradása milyen egészségkárosodással jár. (A betegség továbbra is fennáll és a szeptikus tünetek fennmaradása más módon tartósan nem gyógyítható)

**Aláírással tanúsítom, hogy ezen anyag, valamint a személyes orvosi tájékoztatások nyomán betegségem természetét megértettem.** Tudomásul veszem, hogy a tudomány jelenlegi állása szerint állapotomat kezelni, betegségemet gyógyítani más beavatkozással nem lehetséges. A műtét elmaradása esetén olyan egészségkárosodás kialakulása várható, mely életminőségemet jelentősen, tartósan rontja, a kialakuló állapot közvetlenül veszélyeztetné életemet

Megerősítem, hogy jelen ismertetőn belül érthető tájékoztatást kaptam **a kezelés szükségességéről, a kezelés elmaradásának valószínű következményeiről, az előrelátható orvosi intézkedések jellegéről, lefolyásáról, terjedelméről, mértékéről, a beavatkozás lényegéről és azokról az okokról, amiért ezek orvosi szempontból előnyt jelentenek, az ezzel összefüggő, elkerülhetetlen hátrányos következményekről, lehetséges kockázatokról és szövődményekről, és veszélyekről, várható eredményekről, kilátásokról.** Tudomásul veszem, hogy az orvostudomány és a sebészet nem egzak

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 megválasztak 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 műtėti 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 megőrizzek** 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 **műtėti 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