



Országos Korányi Pulmonológiai Intézet

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT MELLKAS MEGNYITÁSÁVAL JÁRÓ MŰTÉTHEZ MELLKASFALI ABLAK ZÁRÁSA

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

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

Lakcím, ahol tartózkodik.....

Tel:.....

Háziorvosának neve és elérhetősége:

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

**Diagnózis: .....**

Kedves Betegünk!

Eddigi vizsgálataink alapján Önnél a korábbi műtét óta fennálló mellkaszfallal nyílt zárását és mellhártya üreg megszüntetését tervezzük.

A műtét során az elváltozás felett az operáló orvossal való megbeszélés szerinti lefutású és hosszúságú metszést ejtünk, majd a környező légyszövetek (mellkaszfallal izomzat) segítségével kíséreljük meg zárni a korábbi műtét helyén található nyílást. A műtét végén a sebüregebe, szükség esetén drain cső kerülhet, mely a képződött váladékok eltávolításához szükséges.

A műtétet követően a kórházi tartózkodást a klinikai állapot határozza meg.

Lehetséges leggyakoribb szövődmények:

- Vérzés
- Sebfertőzés
- A defectus esetleges ismételt megnyílása
- Trombózis, embólia

**Aláírással tanúsítom, hogy ezen anyag, valamint a személyes orvosi tájékoztatások nyomán betegségem természetét megértettem.**

Tudomásul veszem, hogy a orvostudomány jelenlegi álláspontja szerint a seb spontán záródása nem várható, illetve a záródásig szükséges időhossza magában rejtje a további sebfertőzés lehetőségét. A műtét elmaradása esetén is hasonló, fertőzőes szövődmények léphetnek fel, melyek állapotomat jelentősen ronthatják, akár életveszély kialakulását is eredményezhetik.

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 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.

**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 megőrizzék** 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