



## Országos Korányi Pulmonológiai Intézet

### BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT KÖRÜLMETÉLÉSHEZ

Beteg neve: ..... Taj: .....  
Születési hely:..... Születési idő:.....  
Lakcím, ahol tartózkodik.....  
.....  
Tel.:.....  
Háziorvosának neve és elérhetősége:  
.....  
.....

#### Tisztelt Betegünk!

Tájékoztatjuk Önt, hogy mielőbbi gyógyulása érdekében a **fitymabőr körülmetélése (circumcisio)** beavatkozás válik szükségessé.

Az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet Urológiai Szakrendelésének gyógyító csoportja szeretne tájékoztatást adni, hogy – mindent mérlegelve – döntsön és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozáshoz.

#### Az ambuláns műtét célja:

A megnyúlt, szűk fitymabőr mindkét lemezének körbevágása, a kantár rekonstruálása, majd a bőrszélek elvarrása a szűkület megoldása (tágítása) érdekében.

#### A műtét technikája:

A beteg hanyattfekvő pozícióban, térdhajlatban kinyújtott lábakkal, a vizsgálóasztalon helyezkedik el. A pénisz vizsgálatát, az előírt fertőtlenítőszeres lemosása követi. Sebészi izolálást követően a szűk fitymabőr mindkét lemezét (érzéstelenítőként 1%-os Lidocain injekciót használva) körkörös irányban szikével körbevágjuk. A vérzéseket elektromos égetővel, vagy lekötéssel csillapítjuk. A sebszéleket harántirányban csomós öltésekkel egyesítjük, majd a kantárt (frenulumot) állítjuk helyre. Fertőtlenítőszeres lemosás után a műtési területet szárazra töröljük és körkörös steril fedőkötést, szükség esetén nyomókötést helyezünk fel. A beteget fekvő helyzetből felsegítjük, a vizsgálatról készített dokumentum egy példányát számára átadjuk, valamint a további tennivalókról számára tájékoztatást adunk. A beteget körülbelül 15 perccel a műtét után ismét megvizsgáljuk, majd utasításokkal, tanácsokkal engedjük el, kontrollra, varratszedésre visszarendeljük.

|                  |                 |         |
|------------------|-----------------|---------|
| <b>Időigény:</b> | Szakorvos       | 30 perc |
|                  | Szakasszisztens | 45 perc |
|                  | Adminisztrátor  | 5 perc  |

#### A műtét esetleges veszélyei és az ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:

Helyesen végzett műtési beavatkozás esetén a szövődmények ritkák. Nem ismert Lidocain allergia, illetve a műtétet követően sebszéli vérzés rövid ideig lehet.

## Ezen műtéti beavatkozás elmaradásának esetleges veszélyei és más eljárási lehetőségek:

A műtét elmaradása - a szűkület - funkciózavart, szexuális zavart okozó, makk leszorítást, pangást, esetleg gyulladással elváltozások kialakulásának (parafimózis) lehetőségét vonhatja maga után. Alternatív lehetőség a bemetszés (finotómia, dorsalis incisio).

### ***Tisztelt Betegünk!***

Szeretnénk, ha tudná, hogy az osztály minden dolgozójának fontos az Ön gyógyulása, ezért kérjük, Ön is segítse elő egészségének mielőbbi visszaszerzését azzal, hogy az orvosok és szakdolgozók tanácsait, utasításait követi és betartja.

### **Beleegyező nyilatkozat**

A **körülmetelés** tevékenységről a tájékoztatást megértettem, a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.

.....  
a felvilágosítást végző személy aláírása

.....  
beteg / törvényes képviselő aláírása

Budapest, .....

### **Nyilatkozat:**

Nyilatkozom, hogy a kezelőorvos tájékoztatása és a jelen beleegyező nyilatkozat aláírása előtt a gyógykezeléssel / vizsgálattal kapcsolatban lehetőségem volt kérdéseket feltenni és azokra kielégítő választ kaptam.

Tudomásom van arról, hogy jogom van a felajánlott kezelés visszautasítására, amely esetben, ha okozati összefüggés mutatható ki a kezelés elmaradása és az egészségi állapotom esetleges romlása között, kezelőim felelőssége nem állapítható meg.

### **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 tanuk előtt:

Tanú 1. : .....  
.....  
.....

Tanú 2. : .....  
.....  
.....

.....

---

A nyilatkozat aláírását a beteg megtagadta.

Tanúk:

Tanú 1. : .....

.....

.....

.....

Tanú 2. : .....

.....

.....

.....

Dátum:.....

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