



Országos Korányi Pulmonológiai Intézet

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT CSONTVELŐ VIZSGÁLATHOZ

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

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

Lakcím, ahol tartózkodik.....

.....

Tel.:.....

Háziorvosának neve és elérhetősége:

.....

.....

Kedve betegünk!

Az Ön kivizsgálásához szükség van csontvelő vizsgálat / szetrnum punkció/ elvégzésére. A vizsgálat különböző vérképzőszervi megbetegedések kórismézéséhez nyújt segítséget.

A vizsgálat célja:

Felismerni a vérképzés különböző sejtjeinek rendellenességeit a szegycsontban lévő csontvelőből történő mintavétel segítségével.

A vizsgálat menete:

- A szegycsont megfelelő részének érzéstelenítése után túvel átszúrjuk a szegycsont kemény kérgét, és fecskendővel történő szívás útján csontvelő mintát veszünk. A szívás idején egy pillanatig tartó fájdalmat érezhet.
- A vizsgálat ideje az érzéstelenítéstől a befejezésig 3-4 perc.
- A vizsgálat elvégzéséhez nem szükséges befeküdnie az osztályra.

A vizsgálat után rövid pihenés javasolt. A kórházat a kezelőorvossal történő megbeszélés után hagyhatja el.

A lehetséges szövődmények:

- Az érzéstelenítő injekcióra való túlérzékenység.
- Vérzés
- A műszer okozta sérülés
- A fenti szövődmények előfordulásának valószínűsége nagyon kicsi.

**Alternatív gyógy mód:** a beavatkozásnak nincs alternatívája

A beavatkozás elmaradása akadályozhatja a kórkép diagnosztizálását, és ezért a megfelelő kezelést.

**Nyilatkozat:**

Nyilatkozom, hogy a kezelőorvos tájékoztatása és a jelen beleegyző 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 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