

**Műtéti beleegyező nyilatkozat**

Név:.....
Születési idő:.....
TAJ szám:.....
Lakcím:.....

Beleegyezem abba, hogy a PTE. KK. Komlói Kórház Bőrgyógyászati Szakrendelésen, az ott rendelő Bőrgyógyász szakorvos rajtam kis-sebészeti beavatkozást, ill. diathermiás kezelést végezzen.

A vizsgáló orvos betegségemről, betegségem természetének lehetséges okairól szóban felvilágosított. Tudomásul veszem, hogy minden beavatkozás kockázattal, ill. szövődménnyel járhat; a lehetséges szövődményekről és ennek gyakoriságáról tájékoztattak.

Az orvost egyéb betegségeimről, esetleges gyógyszerérzékenységről, véralvadás-gátló szedéséről, hegesedéssel gyógyuló korábbi sebekről, esetleges pacemakerrel tájékoztatom.

A beavatkozás menetéről tájékoztattak:

- Bőrfelület fertőtlenítése, szükség esetén helyi érzéstelenítés inj. Lidocainnal,
- **az elváltozás roncsolása elektromos túvel**
- vagy
- **az elváltozás kiemelése Volkmann kanállal.**

- **vagy az elváltozás Kryo- terápiával** (a megfelelő aláhúzendó)

- szükség esetén vérzéscsillapítás, seb fedése steril kötéssel.

Az orvos, sebkezelésre vonatkozó utasítását betartom, az előírt kontroll vizsgálaton megjelenek; ezek be nem tartása, ill. elmulasztása esetén a fellépő szövődményért az orvost felelősség nem terheli.

A beavatkozás elutasításának lehetséges következményeiről felvilágosítottak.

A fentieket elolvastam, megértettem, és ezt tanú jelenlétében aláírással igazolom.

.....
aláírás (beteg, vagy törvényes képviselő)

.....
tanú

P.H.

Dátum:

.....

orvos aláírása, pecsét
Bőr-, és Nemibeteg Szakrendelés és Gondozás

Tel.: 36(72) 582-340

