

**NYILATKOZAT EGYNAPOS SEBÉSZETI MŰTÉTI BELEEGYZÉSÉRŐL**

Alulírott #INEV; #ITAJ; #BIRSZAM; #BVAROS; #BUTCA;

szám alatti lakos, az alábbi nyilatkozatot teszem:

- Tanúsítom, hogy engem #!KEZORVPROP(3); #!KEZORVPROP(1); az alábbiakról világosított fel: betegségem, mely a kórisme szerint / illetve feltételezhetően (megfelelő rész aláhúzendó): narkózisban anális inspekció, szükség esetén idült végbélrepedés műtéti megoldása.**
- Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **műtétet, beavatkozást, illetve kezelést** elvégezzék: a javasolt gyógymód, mely (magyarul): fissurectomia, szüksége esetén végbél záróizom részleges bemetszése (záróizom plasztika) annak leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szövődményei: vérzés, utóvérzés, sebgyenyedés, széklettartási elégtelenség, széklet incontinenca későbbiekben a folyamat kiújulása. illetve várható előnyei: az alapbetegségből adódó panaszok megszűnte, illetve későbbi szövődmények elkerülése. és a helyette alkalmazható gyógymódok és annak esetleges hátrányai: műtét elmaradása esetén: széklettartási rendellenesség, székletürítési elégtelenség, végbéltáji fájdalom.
- Kijelentem, hogy a műtét, beavatkozás, kezelés természetéről és céljáról, a várható előnyökről és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módozatairól **megfelelő tájékoztatást kaptam.** Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.
- A műtéti beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a műtét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek.**
- Tudomásul veszem, hogy a műtétem, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai – és kórszövetteni vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további felhasználásába.
- Beleegyezem, hogy a műtét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetéről fénykép vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.
- Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért **beleegyezem** abba, hogy kezelésemben – felelős személy jelenlétében és annak felügyelete mellett - nemcsak orvosok, hanem **orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók** is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez.
- Tudomásul veszem, hogy az **egészségi állapotom indokolt szakszerű ellátás érdekében** műtétemet vagy rajtam végzendő beavatkozást az osztályvezető főorvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény figyelembevételével.
- Betegségemről, annak esetlegesen rosszindulatú természetéről **kérek / nem kérek felvilágosítást** (megfelelő rész aláhúzendó).  
Betegségemmel kapcsolatban (rokon, hozzátartozó): \_\_\_\_\_ kaphat felvilágosítást.
- A kapott tájékoztatást elegendőnek találtam, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha állapotom változása újabb vizsgálatokat, illetve beavatkozásokat tesz szükségessé.



***Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a műtétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiktől a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminemű igényt nem támasztok.***

Kijelentem, hogy önellátó vagyok, lakás és higiénés körülményeim a műtét utáni gondozásra megfelelőek, tartózkodási helyem az ellátó egészségügyi intézménytől 30 perc alatt gépkocsival elérhető, és e helyen telefon számomra biztosított. Hazaszállításomkor, és a tartózkodási helyemen a műtétet követően felügyelet biztosított, valamint szükség esetén megoldott a megfelelő egészségügyi intézményhez való szállításom is. Hozzájárulok, hogy a fentiekben megnevezett műtétet, beavatkozást egynapos sebészet keretében végezzék el.

Komló, #!AKTDATUM;

.....  
#!KEZORVPROP(3); #!KEZORVPROP(1);  
a tájékoztató orvos aláírása

.....  
a beteg, törvényes képviselő,  
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása



### I. SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegtől, vagy illetékes személytől hozzájárulás elnyerése miatti késelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, úgy ítéljük meg, hogy **SÜRGŐSSÉGI MŰTÉT SZÜKSÉGES**.

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....  
#!KEZORVPROP(3); #!KEZORVPROP(1);  
#!KEZORVPROP(4); (#!KEZORVPROP(2);)  
1. orvos aláírása

.....  
#!KEZORVPROP(3); #!KEZORVPROP(1);  
#!KEZORVPROP(4); (#!KEZORVPROP(2);)  
2. orvos aláírása

### II. AMBULÁNS BEAVATKOZÁS ÁLTALÁNOS ÉRZÉSTELENÍTÉSBN

Ambuláns beavatkozás esetén közlöm az orvossal, amennyiben az utolsó hat órában a beavatkozás előtt ettem vagy ittam. Tudomásul vettem, hogy a beavatkozás befejezése után még nem tanácsos egyedül közlekednem, ezért kíséret nélkül nem vállalkozom a hazamenetelre. Megértettem, hogy az érzéstelenítés utóhatásai miatt legkorábban 24 óra múlva szabad aktívan utcai forgalomban részt vennem, autót vezetnem, gépen dolgoznom, netán szeszes italt fogyasztanom.

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....  
a beteg, törvényes képviselő,  
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása

### III. MŰTÉT, BEAVATKOZÁS, KEZELÉS MEGTAGADÁSA

A fenti tájékoztatás ismeretében az alábbi műtét, beavatkozás, illetve kezelés elvégzésébe nem egyezem bele:

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....  
a beteg, törvényes képviselő,  
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása

.....  
1. tanú aláírása

.....  
2. tanú aláírása



#### IV. MEGERŐSÍTŐ NYILATKOZAT

(Amennyiben betegsége természetéről, gyógykezelése részleteiről, gyógyulási kilátásairól nem kíván részletes felvilágosítást kapni, és ezért a döntéseket kezelőorvosára bízva, úgy szíveskedjék e tartalmú nyilatkozatok kézírásával lejegyezni.)

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....  
a beteg, törvényes képviselő,  
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: #!AKTUSERNEVE; #!AKTUSERKODJA;)