



NYILATKOZAT EGYNAPOS SEBÉSZETI MŰTÉTI BELEEGYZÉSÉRŐL

Alulírott #!NEV; #!TAJ; #!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;

szám alatti lakos, az alábbi nyilatkozatot teszem:

1. Tanúsítom, hogy engem #!KEZORVPROP(3); #!KEZORVPROP(1); az alábbiakról világosított fel: **betegségem, mely a kórisme szerint / illetve feltételezhetően (megfelelő rész aláhúzandó): pattanó ujj.**
2. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **műtétet, beavatkozást, illetve kezelést** elvégezzék: a javasolt gyógymód, mely (magyarul): **ínhüvely exstirpatio.** annak leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szövődményei: **vérzés, trombózis, embólia, sebgyógyulási zavar, ér-, ideg-, ínsérülés.** illetve várható előnyei: és a helyette alkalmazható gyógymódok és annak esetleges hátrányai:
3. 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.
4. A műtéti beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a műtét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek.**
5. Tudomásul veszem, hogy a műtétem, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai – és kórszövettani vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további felhasználásába.
6. Beleegyezem, hogy a műtét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetéről fénykép vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.
7. 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.
8. 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.
9. Betegségemről, annak esetlegesen rosszindulatú természetéről **kérek / nem kérek felvilágosítást** (megfelelő rész aláhúzandó).
Betegségemmel kapcsolatban (rokon, hozzátartozó): _____ kaphat felvilágosítást.
10. 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;)