

A beteg neve: _____
A beteg azonosítója: _____
A beteg aláírása: _____

Beleegyezési nyilatkozat

Lágyzájpad és nyelvcsap (uvula) megkisebbitése altatásban.

Lehetséges szövödmények: vérzés, a hang megváltozása, bizonyos hangok kiejtésének nehezítettsége, a garat hegesedése, a garat szűkülete, folyadék illetve étel orr felé történő távozása nyeléskor, tartós garati irritáció, idült garatgyulladás.

A tervezett műtétről -részletes felvilágosító beszélgetés során- a kezelő (műtétet végző) orvosom, Dr.

kielégítően tájékoztattott. A beszélgetés során megválasztottak minden engem foglalkoztató kérdést a műtétrel, a műtéti kockázatokkal és a lehetséges szövödményekkel kapcsolatban. Kijelentem hogy maradéktalanul megértettem az írásbeli és szóbeli felvilágosítás tartalmát és nincs további kérdésem. Elegendő gondolkodási idő után beleegyezem, hogy a felajánlott műtétet – azok ismert lehetséges veszélyeinek tudatában – rajtam az orvos elvégezze.

Beleegyezem, hogy a műtét során diagnosztikus céllal eltávolított szerveket, szövetmintákat szövettani vizsgálat után a laboratóriumban megőrizték és azokból tudományos igényű feldolgozásokat végezzenek, illetve a betegséggel kapcsolatos orvosi leleteket és eredményeket az intézet tudományos céllal felhasználhassa.

Aláírással tanúsítom, hogy betegségem természetét megértettem, megismertem a lehetséges kezelési formákat és azok elmaradásának kockázatait. A beavatkozás kiterjesztésébe, amennyiben az a műtét során szükségessé válik, szintén beleegyezem. Az esetleg (életveszély, súlyos, egészségkárosító állapot esetén) szükségessé váló vér és vérkészítmények beadásába is beleegyezem.

Ha a műtét esetleges kiterjesztésébe és a vérekészítmények esetleges beadásába nem egyezik bele, kérjük itt, írásban jelezze!

Budapest,

orvos aláírása, pecsétje:

beteg aláírása:

beteg neve:.....

beteg TAJ-száma.....

Előttünk mint tanúk előtt:

aláírás

aláírás

név:.....

név:.....

személyi ig. szám:.....

személyi ig.szám:.....

Tájékoztatásul közöljük a következőket:

1. Az Ön ellátásban közvetlenül az alábbi személyek működnek közre:
szakképesítése és beosztása (osztályos orvos és nővér, altató orvos)

2. Az Ön által írásban felhatalmazott személy - egészségügyi ellátásának ideje alatt - a betegségével kapcsolatos dokumentációba betekinthez és arról másolatot készíttethet.

3. Betegségéről tájékoztatás hozzátartozóinak, illetve további személyeknek az Ön által külön kitöltött nyilatkozat alapján adható.