

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Helyi, regionális (local) érzéstelenítéssel történő egynapos sebészeti műtétbe

Alulírott _____ (név)

Születési hely:..... Idő: _____ - _____ - _____

TAJ szám:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

_____ (anyja neve), korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen betegnél törvényes képviselője (hozzátartozója) _____ nyilatkozom, hogy engem Dr. _____ **megfelelő mértékben felvilágosított az alábbiakról:**

1./ A betegségről, amely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul): _____

2./ A javasolt gyógymódról, amely (magyarul) _____

valamint azok ismert kockázatairól, és következményeiről, ismertette az ajánlott és a helyette alkalmazható gyógymódot és az(ok) ismert következményeit, kockázatait.

Tájékoztattott a szakmai ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeiről, illetve hátrányairól.

3./ A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről, a várható következményeiről.

Szóban feltett kérdéseimre megfelelő választ kaptam. Megfelelő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon, sajátakaratomból dönthessek arról, milyen gyógyító eljárást óhajtok.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, amelyek a várható gyógyulásomat kedvezőtlenül befolyásolhatják :

vérzés,gyulladás,fájdalom,fertőzés _____

4./ Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott gyógykezelések bármelyikének, vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során, a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyító eredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. A kezelésbe, (műtétbe stb.) való beleegyezésemet, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom.

5./ A betegségről, a műtétemről és az érzéstelenítésről kapott felvilágosítást megértettem. Írásos beteg tájékoztató dokumentumot megkaptam. (Lásd: Helyi, regionális (local) érzéstelenítéssel történő egynapos sebészeti műtétről tájékoztató) Megértettem és tudomásul veszem a kockázatokat. Ezzel kapcsolatban minden kérdésemre kielégítő választ kaptam. Hozzájárulok a műtéti érzéstelenítés felajánlott módjához.

6./ Tudomásul veszem, hogy az Egynapos Sebészeti felvétel alkalmával megállapított kórisme a későbbi vizsgálatok során változhat, az befolyásolhatja a későbbi kezelése eljárásokat is. Az esetleges változásokról és azok következményeiről kezelőorvosom tájékoztat.

7./ Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelent, amennyiben a kivizsgálás során a kezelőorvossal valamely betegséget, elváltozást nem közlök, vagy az a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel nem deríthető fel.

8./ Beleegyezem a műtét szükségesnek ítélt beavatkozások kiterjesztésébe és az esetleg (életveszély, súlyos, egészségkárosító állapot esetén) szükségessé váló vér- és vérkészítmény beadásába is, vagy még indokolt esetben sem engedem meg, hogy vérártómlasztást kapjak. Az ebből eredő minden kockázatot én viselek. **(A megfelelő rész aláhúzendó!) igen nem**

9./ Megerősítve kinyilvánítom aláírásommal, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról **nem kívánok** részletes felvilágosítást kapni. A döntéseket a kezelőorvosaimra bízom.

(Ezt a nyilatkozatot – elfogadás esetén – aláírásával kérjük, erősítse meg! E megerősítő nyilatkozat hiányában tájékoztatásról való lemondás érvénytelen.)

A lemondó nyilatkozatot megerősítem:

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

10./ Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

.....

Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt korlátozásokkal tájékoztassák:

.....

Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

.....

11./ Háziorvosomat kérésére, betegségemről teljes körűen tájékoztassák / ne tájékoztassák.

(A kívánt rész aláhúzendó.) igen nem

12./ A kapott tájékoztatást megértettem, azzal kapcsolatban további kérdésem nincs. Ezt meghaladóan a további tájékoztatásomról kifejezetten lemondok.

13./ Látászavar esetén számomra valamennyi dokumentumot szóban is ismertették. Látászavar esetén a törvényes képviselőjének is alá kell írni a nyilatkozatot!

A 2. pontban leírt vizsgálatokba, gyógykezelésekbe, műtétbe, a tájékoztatás megértése alapján, minden kényszertől mentesen beleegyezem, azok elvégzését kérem.

Szigetszentmiklós, 202.....

.....

Kezelőorvos aláírása

.....

A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása P.H.

Kérjük figyelmesen, olvassa el, és töltsse ki az alábbi kérdőívet!

Bizonyos alapbetegségeket figyelembe kell venni az orvosi beavatkozások során, ezért szükséges, hogy az Ön egészségi állapotáról bővebben tájékozódjunk. Kérjük, figyelmesen olvassa el és válaszoljon az alábbi kérdésekre, hogy Ön számára a lehető legnagyobb biztonságot érhesük el az altatás során.

Az Öntől kapott információk az ápolási dokumentáció részét képezik, de természetesen az orvosi titoktartás védelme alatt állnak.

Életkor:	év,	Testmagasság:	cm,	Testsúly:	kg,	BMI:				
Volt-e az elmúlt 1 hónapon belül valamilyen megbetegedése?						Igen	/	Nem		
Ha igen, mi?										
Kapott-e rá gyógyszeres kezelést?						Igen	/	Nem		
Ha igen, mit?.....										
Jelenleg terhes-e?						Igen	/	Nem		
Volt-e már altatva?						Igen	/	Nem		
Ha igen, volt-e valamilyen szövődménye?										
Műtétek:										
Rendszeresen szedett gyógyszerei:										
Kapott-e már valaha vérátömlesztést?						Igen	/	Nem		
Ha igen, volt-e komplikáció?						Igen	/	Nem		
Tüdő és légúti megbetegedések (pl. tbc, asztma, tüdőgyulladás, bronchitis)						Igen	/	Nem		
Keringési betegségek (szívpanaszok, magas vérnyomás):						Igen	/	Nem		
Májbetegségek (pl. hepatitis):						Igen	/	Nem		
Vesebetegségek (vesekő, fejlődési rendellenesség):						Igen	/	Nem		
Anyagcserebetegség (pl. cukorbetegség):						Igen	/	Nem		
Pajzsmirigybetegség (pl. golyva):						Igen	/	Nem		
Szembetegség (szürkehályog, zöldhályog):						Igen	/	Nem		
Központi idegrendszeri betegségek (pl. epilepszia, bénulások, agyvérzés):						Igen	/	Nem		
Állt-e kezelés alatt kedélybetegség miatt? (depresszió, szorongás)						Igen	/	Nem		
Mozgásszervi betegségek (pl. gerinc, ízületi károsodások):						Igen	/	Nem		
Vérképzőszervi megbetegedések vagy véralvadási zavarok? (gyakori orrvérzés, vérzékenység)						Igen	/	Nem		
Gyógyszerérzékenység:						Igen	/	Nem		
Egyéb allergiák (táplálék, ragtapasz, fű, fa, virág):						Igen	/	Nem		
Szenved-e valami más betegségben?						Igen	/	Nem		
Ha igen, miben?										
Van-e kivehető vagy rögzített fogpótlása?						Igen	/	Nem		
Vannak-e meglazult, mozgó fogai?						Igen	/	Nem		
4 héten belül kapott-e védőoltást, ha igen, mit?						Igen	/	Nem		
Dohányzik-e rendszeresen?						Igen	/	Nem	/	Alkalomszerűen
Fogyaszt-e alkoholt rendszeresen?						Igen	/	Nem	/	Alkalomszerűen
Mennyit, mit?										
Kábítószer fogyaszt-e rendszeresen?						Igen	/	Nem	/	Alkalomszerűen
Mennyit, mit?										
Nyugtatót, altatószereket fogyaszt-e rendszeresen?						Igen	/	Nem		
Ha igen, mit										

Szigetszentmiklós, 202.....

A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

1.) Név:

2.) Név:.....

Lakik:

Lakik: