

Műtéti beleegyező nyilatkozat

Beteg neve: {KEZ_OSZT} (TAJ: {JELENTO})

A/1. Tanúsítom, hogy orvosaim betegségem természetéről, mely kórisme szerint magyarul
A hólyag gyanított betegsége (kő,tumor, gyulladás stb.) kellően felvilágosítottak.

2./ Kérem, hogy a gyógyításomra javasolt műtétet, mely (magyarul) hólyagtükrözés (cystoscopy)

rajtam elvégezzék. A javasolt műtét kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről a felvilágosítást megértettem.

A nálam szóba jöhető szövődmények még: vérzés, gyulladás, húgycsősérülés.

Tájékoztatót kaptam a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint: képalkotó eljárások, vizelet cytológia

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről. Megismertem az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárások előnyeit és hátrányait.

Szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, melyeket megértettem, és kijelentem, hogy több kérdésem nincs.

Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják, ezekért orvosaimat felelősség nem terheli.

3./ Felhatalmazom - nem hatalmazom fel a műtétet végző orvost, illetve orvoscsoportot és asszisztenciáját arra, hogy a műtét során felmerülő, olyan előre nem látható műtéti beavatkozást is elvégezzenek, mely orvosilag indokolt és az egészség megóvására, illetve az élet meghosszabbítására irányul.

(Az A/3.pont első sorában a nem kívánt részt kérjük törölje, húzza át.)

4./ Beleegyezem az ésszerű határok között szükségesnek tartott vér, gyógyszer, kábítószer, vagy más anyagok beadásába, valamint az orvosok által szükségesnek tartott vizsgálat eljárások alkalmazására.

5./ Tudatában vagyok, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének elutasítására.

Ez esetben a kezelésem során az elutasítás kapcsán keletkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért az orvosokat - akiknek a kezelését nem fogadom el - a felelősség alól felmentem.

6./ Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a műtétet a szervezeti egységet vezető vagy megbízottja által kijelölt orvos, illetve orvoscsoport végzi el.

.....
a beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Mosonmagyaróvár, {TORZSSZAM}