

## Prostata Thermo Therápia

### Beleegyező nyilatkozat

Alulírott {KEZ\_OSZT} ( születési idő {ORVOS\_BEOSZT} ) tanúsítom, hogy engem {TORZSSZAM} kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról.

1. Betegségemről, mely kórisme szerint a **dülmirigy túltengése / gyulladása.**
2. Javasolt gyógymódról: **a dülmirigy helyi hőkezelése (thermoterápiája) helyi érzéstelenítésben,** annak kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más lehetséges kezelési eljárás előnyait, illetve hátrányait is.
3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges leggyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről, szóban feltett kérdéseimre is a megfelelő választ kaptam, és kellő idő áll rendelkezésemre, hogy szabadon dönthessek.
4. Felvilágosítottak arról, hogy a kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelésnél is esetenként előfordulhatnak az alábbi szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolják.  
(a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki)

az érzéstelenítéssel kapcsolatos szövődmény lehetősége, fájdalom, vérzés, húgycső és hólyagsérülés, vizelési nehézségek, lázas állapot, a panaszok kiújulása.

Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

.....  
Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelés bármelyikének az elutasítására, az esetben a kezelésem során az elutasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelőség alól felmentem.

A kezelésbe (műtétbe, stb.) beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján, minden kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajta, illetve az általam képviselten az alábbi kezelést, beavatkozást, műtétet elvégezzék.

.....  
.....

Mosonmagyarórvár, {TAJ}

.....  
kezelőorvos

.....  
a beteg vagy törvényes képviselője

Urol. anamn.:

Éjszakai viz. száma:

Véres viz.:

Panaszok kezdete: Kő:

Étvágy:

Székl.:

RR.:

Hgmm.

Gyógyszerei: Prostata méret UH-val:

Kiviz. után ret. UH-val:

Uroflow:

Q.max:

Gyógyszerérz.:

(allergia)