

A betegellátás általános szabályai, beteg-tájékoztatás, oktatás

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT INVAZÍV/MAGAS KOCKÁZATÚ BEAVATKOZÁSOKHOZ

Alulírott..... szül.idő ..... TAJ ..... jelen nyilatkozat aláírásával tanúsítom, hogy engem Dr. .... megfelelő, számomra érthető módon, részletesen tájékoztatott az alábbiakról.

1. A betegségről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul) .....**hetes terhesség, várható szülés**
2. Javasolt műtét/beavatkozás: **a szülés levezetés hüvelyi úton, szükség esetén gyógyszeres fájáserőssítés, méhúri betapintás kézzel vagy műszerrel, vákuum extractio, császármetszés, vagy más szülésbefejező műtét illetve műfogás alkalmazása, fentiekén kívül a szülés során szükségessé váló, elkerülhetetlen beavatkozások.**
3. Műtét/beavatkozás lehetséges előnyei: **anyai- és magzati kóros állapotok megelőzése.**
4. Műtét/beavatkozás elmaradásának kockázatai: **anyai- és magzati kóros állapotok gyakoriságának emelkedése.**
5. A műtét/beavatkozás lehetséges kockázatai, és ezek előfordulási gyakorisága:  
**Fertőzés, láz, sebgyógyulási zavarok, bő vérzés, mely a méh eltávolítását, illetve vérátömlesztést is szükségessé tehet, méh-, hüvely-, hólyag-, húgycső-, húgyvezeték-, bél-, végbél-, végbél-záróizom sérülése, amely átmeneti vagy maradandó széklet illetve vizelet-tartási képteneliséget is okozhat, a bél kivezetést teheti szükségessé, thrombózis, embólia, halál, magzat mechanikai és oxigénhiányos károsodása, anyai vagy magzati halál.**
6. A javasolt műtét/beavatkozáson kívül választható kezelések, és azok lehetséges kockázatai:  
**Intézetünkben más módszer jelenleg nem elérhető.**
7. Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásomat.  
Műtét/beavatkozás utáni lehetséges szövődmények: **. az 5. pontban felsorolt szövődmények.**  
(Műtét/beavatkozás utáni általános szövődmények valószínűsége betegenként és betegségenként különböző, ezekkel kapcsolatos kérdéseikre kezelőorvosa ad választ.)
8. Az orvos által adott felvilágosítással összefüggésben (a javasolt gyógymód, beavatkozás kockázatairól, lehetséges gyakori szövődményeiről és várható következményeiről) a szóban feltett kérdéseimre kezelőorvosomtól megfelelő választ kaptam, és megfelelő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy döntsek arról, hogy gyógyulásom érdekében milyen kezelést kívánok igénybe venni. A fentieket meghaladó tájékoztatásról kifejezetten lemondok.  
**A fenti tájékoztatás kellő mérlegelés alapján beleegyezem, hogy rajtam a javasolt műtét/beavatkozást elvégezzék.**
9. Tudomással bírok arról, hogy a felajánlott kezelések bármelyikét vagy mindegyikét elutasíthatom, ebben az esetben azonban kezelőorvosomat felelősség nem terheli, a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.
10. A kezelésbe, beavatkozásba való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam a **2. pontban felsorolt, illetve a szükségessé váló elkerülhetetlen műtéteket, beavatkozásokat elvégezzék:**
11. \*Az orvos által ajánlott beavatkozásba nem egyezem bele. Visszautasítom esetleg hátrányairól felvilágosítást kaptam, Tudomásul veszem, hogy az Intézmény az ebből eredő következményekért nem felel.

Dátum: 2019.12.04.

.....  
felvilágosítást végző orvos aláírása

Lakcíme:.....

Tanu:

Neve:.....

Lakcíme:.....

.....  
beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása

Lakcíme:.....

A betegellátás általános szabályai, beteg-tájékoztató, oktatás

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT INVAZÍV/MAGAS KOCKÁZATÚ BEAVATKOZÁSOKHOZ

Alulírott..... szül.idő: ..... TAJ:..... jelen nyilatkozat aláírásával tanúsítom, hogy engem Dr. ....megfelelő, számomra érthető módon, részletesen tájékoztatt az alábbiakról.

1. A betegségeről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul) .....**hetes terhesség, császármetszés végzése**
2. Javasolt műtét/beavatkozás: **a terhesség befejezése császármetszéssel, ill. a műtét során szükségessé váló, elkerülhetetlen beavatkozások.**

3. Műtét/beavatkozás lehetséges előnyei: **anyai- és magzati kóros állapotok megelőzése.**

4. Műtét/beavatkozás elmaradásának kockázatai: **anyai- és magzati kóros állapotok gyakoriságának emelkedése**

5. A műtét/beavatkozás lehetséges kockázatai, és ezek előfordulási gyakorisága:

**FÉrtőzés, láz, sebgyógyulási zavarok, bő vérzés, mely a méh eltávolítását, illetve vérátömlesztést is szükségessé tehet, méh-, hüvely-, hólyag-, húgycső-, húgyvezeték-, bél-, végbél-, végbél-záróizom sérülése, amely átmeneti vagy maradandó széklet illetve vizelet-tartási képteneliséget is okozhat, a bél kivezetést teheti szükségessé, thrombózis, embólia magzat mechanikai és oxigénhiányos károsodása, anyai vagy magzati halál.**

6. A javasolt műtéten/beavatkozáson kívül választható kezelések, és azok lehetséges kockázatai:

**Intézetünkben más módszer jelenleg nem elérhető.**

7. Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulást.

Műtét/beavatkozás utáni lehetséges szövődmények: **. az 5. pontban felsorolt szövődmények.**

(Műtét/beavatkozás utáni általános szövődmények valószínűsége betegenként és betegségenként különböző, ezekkel kapcsolatos kérdéseikre kezelőorvosa ad választ.)

8. Az orvos által adott felvilágosítással összefüggésben (a javasolt gyógymód, beavatkozás kockázatairól, lehetséges gyakori szövődményeiről és várható következményeiről) a szóban feltett kérdéseimre kezelőorvosomtól megfelelő választ kaptam, és megfelelő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy döntsek arról, hogy gyógyulásom érdekében milyen kezelést kívánok igénybe venni. A fentieket meghaladó tájékoztatásról kifejezetten lemondok.

**A fenti tájékoztatás kellő mérlegelés alapján beleegyezem, hogy rajtam a javasolt műtét/beavatkozást elvégezzék.**

9. Tudomással bírok arról, hogy a felajánlott kezelések bármelyikét vagy mindegyikét elutasíthatom, ebben az esetben azonban kezelőorvosomat felelősség nem terheli, a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

10. A kezelésbe, beavatkozásba való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam a **2. pontban felsorolt, illetve a szükségessé váló elkerülhetetlen műtéteket, beavatkozásokat elvégezzék:**

11. \*Az orvos által ajánlott beavatkozásba nem egyezem bele. Visszautasítom esetleg hátrányairól felvilágosítást kaptam, Tudomásul veszem, hogy az Intézmény az ebből eredő következményekért nem felel.

Dátum: 2019.12.04.

.....  
felvilágosítást végző orvos aláírása

.....  
beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása

Lakcíme:.....

Lakcíme:.....

Tanu:

Neve:.....

Lakcíme:.....

(\* A nem kívánt rész törlendő!)