

NYILATKOZAT

Alulírott (szül.dátum:..... TAJ szám:)
tanúsítom, hogy engem kezelőorvosom,

Dr..... kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A kivizsgálásom / kezeléseim alapjául szolgáló betegségről, tünet-együttesről, amely kórisme (magyarul is):

.....
Tudomásul veszem hogy betegsége(i)m pontos kórisméje ismert - nem ismert

2. A javasolt beavatkozásról (vizsgálat, kezelés, műtét), amely (magyarul is)
 - 2.1. Vérvétel(ek) után vérből történő laboratóriumi vizsgálatok
 - 2.2. Testnedvekből (széklet, vizelet stb) történő laboratóriumi vizsgálatok
 - 2.3. Röntgen vizsgálatok, CT (számítógépes rétegvizsgálat), MRI (mágneses rezonanciás vizsgálat), Ultrahang vizsgálat
 - 2.4. MŰTÉT / invazív beavatkozás:
3. Beleegyezem a szükségesnek tartott vér, vérkészítmények, gyógyszerek vagy más szükséges készítmények adásába.
4. Kijelentem, hogy a beavatkozás (vizsgálat, kezelés, műtét) természetéről és céljáról, a várható előnyökről és a műtettel járó kockázatról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módzatairól megfelelő tájékoztatást, szóban feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, milyen beavatkozást szeretnék.
5. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezeléseim során a visszautasítás miatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.
A kezelésbe (műtétbe) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből mentesen adom.
Ennek alapján kérem, hogy rajtam a fent javasolt beavatkozás(oka)t elvégezzék.
6. Tudomásul veszem, hogy szakszerű beavatkozás esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt és gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):
.....
.....
7. A műtéti beavatkozás során azon változtatásokkal, amelyek a műtét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. Tudomásul veszem, hogy a műtétet az osztályvezető főorvos (vagy megbízottja) által kijelölt kezelőorvos fogja végezni.

Tanúsítom, hogy kezelőorvosom kijelölése megtörtént. Felvilágosítottak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész állapotomról illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni engem.

8. Tudomásom van arról, hogy az intézetben egészségügyi személyzet (orvostanhallgatók, egészségügyi szakdolgozók) képzése is folyik, akiket orvosi titoktartás kötelez.
9. Beleegyezem, hogy kórházi kezelésem időtartama alatt a betegségemre vonatkozó orvosi dokumentáció (lázlap) a kórházi ágy lázlap tartóján elhelyezve az egészségügyi személyzet számára folyamatosan hozzáférhető legyen. Beleegyezem, hogy a kezelés illetve a műtét során fénykép vagy videó felvételek készüljenek, azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé. igen nem

10. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:
Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

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

.....
Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

11. Amennyiben Ön betegségéről, különösen annak daganatos természetéről nem kíván részletes felvilágosítást kapni, úgy az alábbi nyilatkozatot - kézírásával megismételten leírva - aláírásával erősítse meg. (E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

"Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. A döntéseket kezelőorvosomra bízom."

12. A kapott írásbeli és szóbeli tájékoztatást elegendőnek találtam, feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam, a beleegyező nyilatkozattal kapcsolatban további kérdésem nincs. Az intézet írásos házirendjét megismertem, az abban foglaltakat elfogadom.

Győr, 200.. hó-n.

.....
a tájékoztató orvos aláírása

.....
a beteg (törvényes képviselő) aláírása

SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

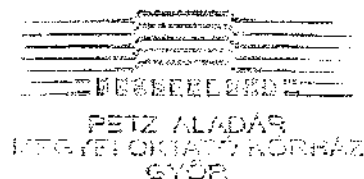
A betegtől vagy illetékes személytől a hozzájárulás elnyerése miatti késedelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, ezért úgy ítéljük meg, hogy sürgősségi műtét szükséges.

Győr, 200.. hó nap

.....
I. orvos

.....
2. orvos

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház
9023 Győr, Vasvári Pál u. 2-4.



Beteg-felvilágosítási és - hozzájárulási nyilatkozat

Tudomásul veszem, és hozzájárulok, hogy más emberrelől levett, a szakmai szabályok szerint kivizsgált és kezelt vértérszitményi juttassanak szervezetembe. Vértömlesztésre azért van szükség, mert szervezetemben az életemet veszélyeztető mértékben kevés van valamelyik véralakító részről, és azt más módon pótolni jelenleg nem lehet.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás az előnyök mellett hátrányokkal is járhat az egészségi állapotra vonatkozóan. A bevitt idegen vérsejtek sohasem azonosak teljes mértékben a sajátjával, ezért azokat a szervezet elsősorban lázzal, veseműködési zavarokkal, allergiás bőrelváltozásokkal és más nemkívánatos reakciók kíséretében kivetetheti magából, annak ellenére is, ha a vértömlesztés előtt előírt, szabályszerűen elvégzett előzetes laboratóriumi vizsgálatok során erre a lehetőségre eredmény nem utal. Ennek tényleges valószínűsége az orvostudomány jelenlegi ismerete szerint kevesebb, mint egy százalék.

Tudomásul veszem, hogy a vértömlesztéssel az előírt vizsgálatok negatív eredménye ellenére is fertőzés, különböző fertőző májgyulladás kórokozóját lehet árvinni. Ennek tényleges valószínűsége az orvostudomány jelenlegi ismerete szerint százezer vértömlesztésből egy.

A fentiekről részletesen, közérthető szóhasználattal, személyesen a felvilágosítást adta:

Dt: _____

Kelt: Győr, 20.....

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg aláírása

A nyilatkozat visszavonásig érvényes!

NYILATKOZAT

Alulírott: (szül.dátum: TAJ szám)
tanúsítom, hogy engem

Dr. kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A műtéti érzéstelenítés/altatás kockázatát befolyásoló betegségeimről, amely kórisme szerint
(magyarul)

.....
.....

2. A javasolt beavatkozásról (műtéti érzéstelenítés/altatás), amely (magyarul)

1. Helyi érzéstelenítés
2. Regionális vagy vezetéssel érzéstelenítés
 - 2.1. SPA gerincközeli érzéstelenítés gerincvíz punkcióval
 - 2.2. EDA gerincközeli érzéstelenítés gerincvíz punkció nélkül
 - 2.3. EDA kanül gerincközeli érzéstelenítés gerinccsatornába vezetett műanyag kanülon át
 - 2.4. Hónalji idegköteg érzéstelenítése
 - 2.5. A végtag érzéstelenítés intravénás módszerrel
3. Altatás (általános érzéstelenítés, narkózis)
 - 3.1. Gépi lélegeztetéssel, légcsőtubussal
 - 3.2. Gépi lélegeztetéssel, arcmaszkkal vagy gégemaszkkal
4. Egyéb módszer:

3. Kijelentem, hogy a beavatkozás (műtéti érzéstelenítés/altatás) természetéről és céljáról, a várható előnyökről és az esetleges kockázatról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, az érzéstelenítés egyéb lehetséges módzatairól, valamint a műtét körüli időszak eseményeiről megfelelő tájékoztatást, szóban feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, milyen beavatkozást szeretnék.

4. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás miatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A javasolt műtéti érzéstelenítésbe vagy altatásba valamint az ahhoz szükség esetén kapcsolódó intenzív kezelésbe való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam a fent javasolt beavatkozást elvégezzék

5. Tudomásul veszem, hogy szakszerű beavatkozás esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt és gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják (a nem kívánt rész törlendő):

Érzéstelenítés: gyógyszerek mellékhatása, érpályába kerülése, allergiás reakciók, fejfájás, vizelet-elakadás, fertőzés, vérömleny a szúrás helyén.

Intravénás érzéstelenítés: a végtagot leszorító mandzsetta meghibásodása, a keringésbe került gyógyszer toxikus keringési, idegrendszeri hatásai, keringés-, légzésleállítás

Altatás: gyógyszerek mellékhatásai, allergiás reakciók (a felismerést nehezíti az altatott állapot!), keringési, légzési-lélegeztetési zavarok, nehéz légútbiztosítás következményei (fogak, szájüreg vagy orrüreg lágyrészeinek, gégeének a sérülése, oxigénhiányos állapot kialakulása), a kikapcsolt izomműködés mellett a fektetéskor kényszertartás, következményes gerinc, végtagi fájdalom, esetleg bénulás alakulhat ki, gyomortartalom légutakba jutása, légzési elégtelenség, mindezek következtében elhúzódó ébredés, idegrendszeri károsodás, halál.

6. Beleegyezem az érzéstelenítés/altatás alatt szükségesnek tartott vér, vérkészítmények, gyógyszerek vagy más szükséges készítmények adásába. Egyetértek az orvosilag indokolt változtatásokkal és az érzéstelenítés szükség szerinti kiterjesztésével.

7. Tudomásul veszem, hogy a műtéti érzéstelenítést/altatást az osztályvezető főorvos (vagy megbízottja) által kijelölt kezelőorvos fogja végezni. Felvilágosítottak arról, hogy a beavatkozást végző orvos a műtét körüli időszakban folyamatosan kész a beavatkozással kapcsolatban állapotomról illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni engem.

8. Tudomásom van arról, hogy az intézetben egészségügyi személyzet (orvostanhallgatók, egészségügyi szakdolgozók) képzése is folyik akiket orvosi titoktartás kötelez.

9. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a műtét napján a kórházból távozom, 24 órán belül alkoholt nem fogyasztok, önállóan az utcán nem közlekedhetek, járművet nem vezethetek, fontos jogi döntéseket nem hozhatok, veszélyes háztartási géppel nem dolgozom, gyógyszert csak kezelőorvosom tudtával és javaslatára veszek be.

10. A kapott írásbeli és szóbeli tájékoztatást elegendőnek találtam, feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam, a beleegyező nyilatkozattal kapcsolatban további kérdésem nincs.

Győr, 20 hó-n.

.....
a tájékoztató orvos aláírása

.....
a beteg (törvényes képviselő) aláírása

SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegről vagy illetékes személyről a hozzájárulás elnyerése miatti késedelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, ezért úgy ítéljük meg, hogy sürgősségi műtéti érzéstelenítés/altatás szükséges.

Győr, 20 hónap.

.....
1. orvos

.....
2. orvos